



**PUC**  
**RIO**

**MÁRCIA CRISTINA NASCIMENTO DOURADO**

**HÁ MENOS DE MIM HOJE DO QUE HAVIA ONTEM**

**DEMÊNCIA E SUBJETIVIDADE**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**Rio de Janeiro, 12 de abril de 2000.**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA**  
**DO RIO DE JANEIRO**

**Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea**

**CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil**

**<http://www.puc-rio.br>**

**N.Cham. 150 D739 TESE UC**

**Título Há menos de mim hoje do que havia ontem**



Ex.1 PUC-Rio - PUCB

00150512

**MÁRCIA CRISTINA NASCIMENTO DOURADO**

**HÁ MENOS DE MIM HOJE DO QUE HAVIA ONTEM:  
DEMÊNCIA E SUBJETIVIDADE**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Departamento de Psicologia**

**Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**

**Fevereiro/2000**

**MÁRCIA CRISTINA NASCIMENTO DOURADO**

**HÁ MENOS DE MIM HOJE DO QUE HAVIA ONTEM:  
DEMÊNCIA E SUBJETIVIDADE**

**Dissertação apresentada ao Departamento de  
Psicologia da PUC/RJ como parte dos  
requisitos para obtenção do título de Mestre  
em Psicologia Clínica.**

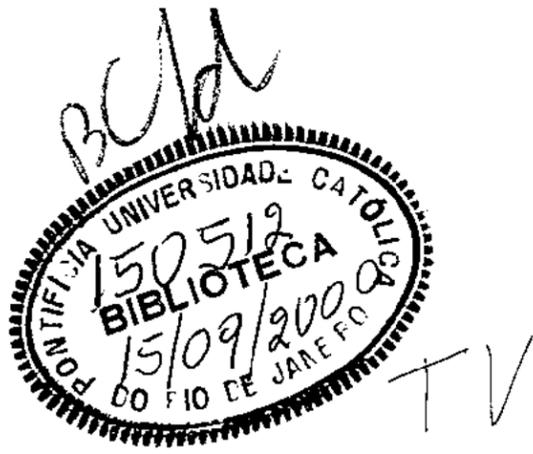
**Orientadora: Angela Baraf Podkameni**

**Departamento de Psicologia**

**Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**

**Rio de Janeiro, 21 de fevereiro de 2000**

10/983



150  
D739  
tese uc

À  
*Ruth,*  
*minha avó.*

## AGRADECIMENTOS

A *Angela Podkameni*, minha orientadora, que aceitou o desafio de pensar demência e subjetividade e com carinho, atenção e liberdade acompanhou-me na construção desta dissertação;

A *Monique Augras*, quem iniciou-me nos meandros do tempo;

A *Annette Leibing*, pela troca, incentivo e amizade no interesse despertado pelo universo da velhice e das demências;

A *Jerson Laks*, que com respeito e muita paciência, ensina-me que não basta dizer que é importante;

A *Antonio Egidio Nardi*, a quem nunca faltou uma palavra de incentivo;

A *Suzana Maria Lopes Gomes*, “irmã” de orientação, com quem dividi as certezas e incertezas da construção desta dissertação;

Aos *meus pacientes*, com quem aprendo que ser velho pode ser apenas o início;

Ao *CDA/IPUB-UFRJ*, onde realizo minha prática e aprendo a conviver;

A *Marize e Vera*, que sempre ajudaram com as formalidades dos compromissos acadêmicos;

A *CAPES* pelo auxílio financeiro na realização deste trabalho;

A *Maria Inês Bittencourt*, pelo carinho, amizade e delicadeza com que sempre me brindou;

A *Sherrine Borges*, pela transmissão da psicanálise;

A *Alba Senna*, que com sua escuta atenta e cuidadosa muito me ajuda no viver;

A *Flávia Sollero*, quem me acompanha em momentos especiais;

A *Fernanda Sampaio*, amiga desde sempre, com quem compartilho o árduo esforço do tornar-se;

A *Valeska Marinho*, amiga com quem divido lágrimas e alegrias e que está sempre ao meu lado, até mesmo quando não compreende;

A *minha mãe*, amiga, grande fã e incentivadora e a *meu pai*, que me legou o amor pelos estudos;

A *Antonio Carlos*, com quem escolhi envelhecer;

A *Felipe, Pedro Henrique e Fernanda*, que com amor e paciência suportam minhas ausências e me incentivam a nunca desistir.

## RESUMO

As demências devem ser diferenciadas do declínio normal do funcionamento cognitivo que ocorre com o envelhecimento. Trata-se de um diagnóstico indicado apenas quando existem evidências demonstráveis de maior comprometimento da memória e da performance cognitiva do que seria esperado, levando-se em consideração os processos normais de envelhecimento e se os sintomas causam prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

Um processo demencial exerce um impacto sobre os pacientes que ainda não é alvo de pesquisas sistemáticas. Tomando a psicanálise como referencial teórico, este trabalho tem como objetivo pesquisar quais os componentes psíquicos envolvidos na perda subjetiva que instala-se paralelamente à doença. Desta forma, são examinadas as relações entre a demência, a temporalidade, a memória e o Eu.

Após o surgimento de uma nova cultura de cuidados, a psicoterapia vem tornando-se parte do tratamento das demências. A clínica impõe algumas alterações na técnica tais como a frequência das sessões, o uso de outros recursos expressivos, o trabalho direcionado aos afetos contidos nas lembranças. A sensação de continuidade fornecida pelo ambiente tornam o analista quase que como uma garantia de permanência, uma prótese do Eu do paciente.

Alguns argumentos contra o uso de psicoterapia na demência residem na impossibilidade do resgate da imagem do paciente exatamente como era antes da doença. Em virtude do pouco reconhecimento da necessidade do uso das abordagens psicoterápicas e da dificuldade de avaliação dos resultados uma metodologia formal ainda é rara, assim como o acesso à bibliografia sobre o assunto. Este é um campo onde as pesquisas estão apenas iniciando.

## ABSTRACT

Dementia should be distinguished from the normal decline of the cognitive functioning that occurs with aging. The diagnosis is only indicated when there is enough evidence of major impairment of the memory and the cognitive performance than should be expected, taking into account the normal processes of aging and verifying whether the symptoms are bringing about damage to the social and occupational functioning.

The process of dementia causes an impact on the patients that has not yet been the scope of systematic research. Taking psychoanalysis as our theoretical reference, this paper aims at studying the psychic components involved in the subjective loss that comes along with the disease. Thus, we will be examining the relationship between dementia, temporality, memory and the I (Ich).

After the emergency of a new culture of care, psychotherapy has become part of the treatment of dementias. Clinical experience imposes a few changes in techniques such as the frequency of sessions, the use of other expressive resources, work directed to the feelings kept in memories. The sense of continuity provided by the environment makes the analyst appear a guarantee of permanence, a substitute of the I of the patient.

A few arguments against the use of psychotherapy in the treatment of dementia lay on the fact that it is not possible to rescue the image of the patient exactly as it was before the disease. Because the necessity of the use of psychotherapeutic approaches is not universally recognized and due to the difficulty of assessing results, a formal methodology is still rare, as well as the access to bibliography on the subject is hard. This is an area on which research is just beginning.

## SUMÁRIO

Introdução.....	8
Capítulo 1 – Algumas representações de velhice.....	14
1.1– Velhice e sociedade no Brasil.....	15
1.2 - Velhice e psicanálise.....	19
Capítulo 2 – As Demências.....	24
2.1 – A definição de demência.....	25
2.2 – Demência Construída?.....	29
Capítulo 3 – O Tempo e a Construção da Subjetividade.....	37
3.1 – O Tempo Psicanalítico.....	40
Capítulo 4 – Memórias que se desdobram em vários tempos.....	48
4.1 – Déficit de Memória Normal e Déficit de Memória Patológico.....	49
4.2 – Memória Categorizada.....	51
4.3 – Memória Freudiana Categorizada.....	55
Capítulo 5 – Há menos de mim hoje do que havia ontem.....	60
5.1 – O EU.....	63
5.2 – A imagem.....	70
5.3 – A dor.....	75
Capítulo 6 – Outros cuidados nas afecções cerebrais orgânicas.....	79
6.1 – Psicoterapia na demência.....	83
6.1.1 – Alterações Técnicas.....	87
Conclusão.....	91
Bibliografia.....	98
Apêndice.....	106
Caso Clínico A.....	106
Caso Clínico B.....	111
Caso Clínico C.....	115

## INTRODUÇÃO

Caso pudesse o sujeito admitir a transitoriedade das coisas, o envelhecimento haveria de se aliar não com a inquietude, o desalento, a dor e o medo, mas sim com a alegria do novo e com a afirmação do múltiplo. No entanto, envelhecer está normalmente conjugado com a impotência, declínio e morte e, assim, uma vez que a velhice é percebida como um estágio deprimente do desenvolvimento humano, então ser velho e demente seria uma trapaça armada pelo destino que nos faria dar boas-vindas à morte e ao esquecimento.

A idéia de envelhecimento está aliada a diversos tipos de perdas, além do aumento de determinados transtornos físicos. Entre esses distúrbios encontram-se as demências que, atualmente, são consideradas síndromes neuropsiquiátricas caracterizadas por declínio em múltiplos domínios cognitivos: prejuízos de memória, abstração, julgamento, habilidade visuo-espacial, linguagem, cálculo, além de mudanças de comportamento e personalidade (Cummings, 1996). Diferenças no curso e evolução clínica podem ser observadas entre os diversos tipos de demência. Na doença de Alzheimer, por exemplo, a síndrome é caracterizada por demência cortical, de início insidioso, curso progressivo e deteriorante. Já na demência vascular, o padrão depende das áreas acometidas podendo ser cortical, subcortical ou córtico-subcortical, com início súbito e curso deteriorante escalonado. Inúmeras outras causas de demência têm sido relatadas: demências de lobo frontal, demência na doença de Parkinson, demências associadas à distúrbios metabólicos e outros. Cabe ressaltar que os sintomas iniciais de uma demência são múltiplos e sutis, podendo escapar à atenção das pessoas que convivem com estes pacientes, mas, para alguns, *“no final, transforma-se numa concha vazia daquilo que era anteriormente – profundamente desorientado, incoerente, amnésico e incontinente de urina e fezes”* (Cummings, 1996, 246).

A questão básica, o fio condutor deste trabalho refere-se ao fato de que um processo demencial exerce enorme impacto tanto sobre os pacientes quanto nos familiares e cuidadores. As perdas da memória, freqüentemente despercebidas pelos pacientes, começam a interferir nas atividades diárias, nas relações interpessoais e há uma lenta alteração na capacidade de iniciativa e decisão sendo iniciada, desta forma, uma difícil relação entre cuidadores, familiares e pacientes. A maior parte dos estudos relacionados à demência e subjetividade tratam apenas do impacto da doença sobre os familiares e cuidadores. O'Connor (1993), por exemplo, aponta que grande parte dos esforços na tentativa de compreensão deste impacto geralmente restringem-se a aspectos médicos ou sociais, ainda que a doença acarrete um enorme desamparo diante da perda subjetiva que progressivamente se instala. Em suas pesquisas, Mills e Coleman (1994) informaram que a evocação de memórias carregadas de conteúdos emocionais acarreta um significativo aumento do nível de bem-estar destes pacientes, permitindo ainda o acesso a lembranças mantidas intactas, a despeito das alterações nas estruturas cerebrais. A evocação destas memórias carregadas de conteúdos emocionais foi o ponto de partida para o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que a memória e as suas relações com o tempo e o Eu localiza-se na intersecção entre organicidade e subjetividade. Assim, a memória é aqui tomada como um percurso no estudo sobre o impacto da degeneração cerebral sobre a subjetividade do paciente.

Através da experiência analítica apreende-se que o corpo não é apenas um estado de saúde, cuja norma reside no seu bom funcionamento, mas sim, que pensamos com o corpo, que carrega um sentido próprio. Borges (1996) indica que existe uma especificidade tanto da relação saúde/doença, bem como do corpo, que se encontra intimamente associada à experiência individual, que não pode estar submetida ao social e ao mal-estar do cultural, mas sim ao pensamento freudiano. O encontro de Freud com a histeria e seus sintomas é o

momento de ruptura com a objetividade médica, uma vez que ultrapassa o biológico do corpo, lançando luz à verdade do sofrimento, ao valor simbólico dos sintomas e introduzindo a questão da subjetividade. Através dos processos psíquicos, o corpo adquire dupla valência: alvo da somatização, de processos orgânicos e terreno da subjetividade, passando a adquirir status de corpo libidinal, pulsional, trabalhando em busca de seu próprio destino.

Portanto, olhar a demência como uma experiência na qual alguém sofre a perda da própria integridade corporal, ou ainda a perda da integridade da própria imagem e não apenas uma doença cerebral é a bússola que me orienta neste percurso. Cabe ressaltar que não se pretende, neste trabalho, contrapor o psíquico ao biológico, mas sim a partir do biológico marcar o lugar do psíquico nestes pacientes. Ao pensar sobre a experiência da perda desta integridade corporal e, antes ainda, da imagem construída de si mesmo, decidi adotar a psicanálise como referencial teórico porque penso que há a construção de toda uma metapsicologia para investigar o que ocorre no interior dos homens, ou seja, seus processos psíquicos. Para tanto, não devemos nos esquecer que em *“O Mal-Estar na Civilização”* (1930[1929]) ao pensar sobre as três fontes de sofrimento permanente para os homens, Freud afirma que

*“o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente de nossos relacionamentos com os outros homens”* (Freud, 1930 [1929]:95 grifo meu).

Além disso, não nos esqueçamos, também, o quanto o Eu é nosso corpo e o quanto nossos processos psíquicos encontram-se atrelados às intercorrências a que este corpo está submetido, pois o inconsciente é uma memória cujas lembranças não se atualizam na consciência, mas nos nossos atos, nossos sonhos ou nosso corpo, sem que o saibamos.

O interesse em pesquisar o impacto da demência sobre a subjetividade surgiu-me a partir do acompanhamento de familiares e pacientes demenciados, ao longo dos três últimos anos no ambulatório do Serviço de Psicogeriatría do Instituto de Psiquiatria - UFRJ. Nestes atendimentos surgem diversas questões como a que talvez o grande drama dos velhos não seja apenas a velhice propriamente dita, mas sim as relações mantidas entre o velho, sua imagem e seus ideais. Assim, a velhice surge como pano de fundo, o cenário de uma peça que se desenvolve ao longo da vida. Por isso, diante de um velho não podemos escapar da incredulidade de que o velho que seremos já nos habita desde sempre, silenciosamente e que: *“a idade apodera-se de nós de surpresa”* (Goethe in Beauvoir, 1970, 343).

Envelhecer ainda é continuamente associado a morrer, mas vale ressaltar que a maneira como a morte é encarada, para a psicanálise, independe do cronológico, pois o inconsciente *“desconhece tudo o que é negativo e toda e qualquer negação, nele as contradições coincidem. Por esse motivo, não conhece sua própria morte, pois a isso só podemos dar um conteúdo negativo”* (Freud, 1915,335). Entretanto, ainda que a morte não se represente, ela é um limite que não nos deixa esquecer do que somos constituídos.

O drama da velhice, também, é encenado no que se refere aos seus aspectos subjetivos, ou seja, no fato de que, perdidos em suas referências, a eles não se fala mais. E não encontram mais a quem falar do desamparo, do perigo da solidão, da segregação, de uma morte em vida e, disto resulta um duplo encerramento: o do sujeito no interior de si mesmo e o do outro que não mais lhe fala.

Trabalhando em uma instituição de psiquiatria geriátrica, onde quase todas as pesquisas estão voltadas para os processos neurais e sintomáticos, mas atendendo em psicoterapia não só “velhos” com depressão, ansiedade, mas também com demências é difícil não pensar em duas questões específicas: a degeneração cerebral acarreta perdas subjetivas?

A clínica psicoterapica com estes pacientes nos direciona a transformar esta questão em uma afirmação. E mais, quais seriam estas perdas, em que consistiria o impacto da demência sobre a subjetividade? E como reage o psiquismo? Uma vez que este é um trabalho pensado à partir da experiência clínica, serão utilizados exemplos retirados de três casos atendidos em psicoterapia, como forma de articulação teórico-clínica. Estes casos estão descritos no apêndice.

No primeiro capítulo serão apresentadas algumas representações de velhice como forma de contextualização, especificamente como é vista atualmente a velhice no Brasil e o que é ser velho tomando-se a psicanálise como referencial teórico.

No segundo capítulo a demência é definida segundo os critérios diagnósticos psiquiátricos (DSM-IV), assim como é apresentada a história da doença de Alzheimer com a finalidade de exemplificar como o olhar sobre a doença está estreitamente relacionado ao paradigma de ciência da época.

No terceiro capítulo a temporalidade é estudada inicialmente à partir da fenomenologia e depois, em contraposição, tomando-se a psicanálise como referência, com o objetivo de demonstrar que a temporalidade subjetiva em nada se relaciona à noção de tempo cronológico.

No quarto capítulo serão estudadas as relações entre a temporalidade e a memória, onde esta será abordada à partir de G. Edelman e I. Rosenfield, pensadores atuais das neurociências, que afirmam a importância dos afetos e do contexto nas categorizações cerebrais. Além disso, será apresentada a noção de memória para a psicanálise com o objetivo de identificar alguns pontos em comum com as teorias atuais.

No quinto capítulo, à partir de uma sessão de um paciente, serão apresentadas as relações entre a demência e o desvanecimento subjetivo. Especificamente, serão estudadas

algumas das relações possíveis entre o Eu, a imagem de si, a dor e a degeneração cerebral causada pela doença.

No sexto capítulo, serão apresentadas algumas reflexões sobre a constituição e viabilidade de um processo psicoterápico para pacientes com demência.

Assim, apesar da demência ser uma doença de declínio progressivo e irreversível, não é possível descartar, por exemplo, a dor e o desespero de uma paciente que afirma *“meu cérebro não é mais o mesmo, não consigo lembrar das coisas, minha cabeça fica em branco”*. Consequentemente, fica a questão sobre as relações entre a demência, a memória, a temporalidade e o Eu como uma forma de articulação entre os processos fisiológicos e os psíquicos, de forma a compreender não só a doença, mas também os afetos que ela provoca.

## CAPÍTULO 1

### ALGUMAS REPRESENTAÇÕES DE VELHICE

*“João diz que tem medo de morrer dormindo como a irmã, por isso as vezes acorda a noite e fica na janela sentindo o coração apertado. Sente-se velho, a esposa está sempre falando que precisa deixar de ser garotão e paquerar. João conta que gosta de ser garotão, foi assim a vida toda, mas as pessoas cobram que envelheça, pois depois dos 70 anos, a vida é dívida e a qualquer momento pode ser chamado lá para cima.”*

*(paciente)*

A velhice, talvez em função da sua inexorabilidade e uma pretensa intimidade com a morte, só pode ser pensada no Brasil a partir do momento em que o “problema dos velhos” apresentou-se como não mais passível de esquecimento. O início do interesse pelos velhos, em termos de estudo, esteve ligado à medicina social, de forma que todos os trabalhos tendiam a encarar estes velhos como um problema social. Outra questão importante sobre a ausência de estudos na área, refere-se ao fato de que a maior parte da bibliografia existente sobre o assunto retrata uma realidade que não é a brasileira. No Brasil quase nada foi feito com um interesse exclusivo na velhice. Pode-se pensar que apenas muito recentemente os velhos passaram a existir, ou melhor, tornaram-se visíveis como representantes de uma catástrofe que se anuncia. Existem diversas formas de categorização – sociais, culturais, psicológicas - que definem os limites entre as idades, mas que não podem ser generalizadas para o experimentar a velhice.

Como um conceito inserido em um repertório cultural e historicamente delimitado, a velhice é desnaturalizada e pode atravessar do estatuto de um processo biológico para o de uma construção social. Conseqüentemente, pensar na velhice em termos de identidade social possibilita percebê-la como uma classificação, uma vez que há uma atribuição por parte da sociedade e uma auto-atribuição concomitante da identidade etária, separando e arrumando os indivíduos em parâmetros de idade.

### 1.1 - VELHICE E SOCIEDADE NO BRASIL

Debert (1996) afirma que, atualmente em função da problemática – velhice como problema social - que se coloca nas sociedades contemporâneas, a velhice deixa de ser considerada como unicamente pertencente à esfera privada para transformar-se em uma questão pública. Assim,

*“um campo de saber específico – a Gerontologia – é criado com profissionais e instituições, encarregados da formação de especialistas no envelhecimento. Como conseqüência, tentativas de homogeneização das representações da velhice são acionadas e uma nova categoria cultural é produzida: as pessoas idosas, como um conjunto autônomo e coerente que impõe outro recorte a geografia social autorizando a colocação em prática de modos específicos de gestão” (Debert, 1996:35).*

A transformação da velhice em problema social não é decorrente apenas do aumento demográfico da população idosa. Para Remir Lenoir (1989) um problema social é uma construção social e não o resultado do mau funcionamento da sociedade. Trata-se de um trabalho de reconhecimento, mobilização e legitimação de uma questão particular. Debert (1998) afirma que a transformação do envelhecimento em objeto de estudo relaciona-se à diversas dimensões que vão desde o desgaste fisiológico e do prolongamento da vida ao

desequilíbrio demográfico e custo financeiro das políticas sociais. Assim, pode-se afirmar que a representação social da pessoa envelhecida conheceu, ao longo do tempo, uma série de modificações, pois as mudanças sociais reclamavam políticas sociais que pressionavam pela criação de categorias classificatórias adaptadas às novas condições e ao objeto velho. Desta forma, na transformação do envelhecimento em problema social estariam envolvidas novas definições da velhice, como por exemplo, a “terceira idade”. Constitui-se uma nova imagem para o envelhecimento a partir da categorização e criação de um novo vocabulário que se opõe ao antigo no tratamento dos mais velhos: “terceira idade” x velhice.

A velhice normalmente é representada como um processo contínuo de perdas em que os velhos são relegados ao abandono, à ausência de papéis sociais. A tendência contemporânea dirige-se para uma inversão da representação de velhice como este processo de perdas. Por meio da atribuição de novos significados aos estágios mais avançados da vida, estes passam a ser tratados como momentos privilegiados para novas conquistas guiadas pela busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal. Teoricamente, as experiências vividas e os saberes acumulados seriam ganhos que propiciariam a oportunidade de explorar novas identidades, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida, além de estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos. Tais imagens acompanham a representação da “terceira idade” que atualmente é chamada até de “melhor idade” em mais um estereótipo em que “maniacamente” tenta-se negar o sofrimento da estigmatização da velhice como dor e perdas.

O termo terceira idade, na verdade, é um eufemismo usado para o velho pois, na medida em que, aparentemente, tenta valorizá-lo trata-se de um aprisionamento onde o velho é relegado a um gueto - o da terceira idade. Assim, a imagem *gratificante* a qual é associada a “terceira idade”, também, não facilita a resolução dos problemas envolvidos na perda de

habilidades cognitivas e de controles físicos e emocionais que instauram a dicotomia normal/patológico impedindo que o velho com perdas cognitivas possa ser reconhecido como sujeito pertencente a uma determinada representação.

Ressalto que, neste breve estudo, ainda que esteja utilizando as representações sociais de velhice como forma de esclarecimento e contextualização, ao longo desta dissertação estarei utilizando como objeto de estudo uma categoria especial: a dos velhos com perdas cognitivas.

Ainda sobre a construção da representação de “terceira idade” pode-se afirmar que o curso da vida contemporânea ou pós-moderna é marcado por comportamentos tidos como adequados às diferentes categorias de idade. Assim, surge a descronologização da vida e

*“a juventude perde conexão com um grupo etário específico, deixa de ser um estágio na vida para se transformar em valor, um bem a ser conquistado em qualquer idade, através da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequadas” (Debert, 1996:37).*

Até muito recentemente a representação dominante traçava um quadro dramático de perda de status dos velhos, transformando-os em um peso para a família e o Estado e despindo-os de sua própria sabedoria e experiência. O empobrecimento, a perda de papéis sociais e os preconceitos marcam a velhice da sociedade moderna que abandona os velhos a uma existência sem significado, uma não-existência. Atualmente os indivíduos são convencidos a assumir a responsabilidade pela sua própria aparência. A publicidade, os manuais de auto-ajuda e as receitas dos especialistas em saúde estão empenhados em mostrar que as imperfeições do corpo não são naturais nem imutáveis e, que, com esforço e disciplina, pode-se conquistar a aparência desejada, de forma que as rugas e a flacidez transformam-se em fraqueza moral e, portanto, devem ser combatidas com cosméticos, ginástica, vitaminas, enfim, a parafernália da indústria do corpo e do prazer. O fato dos idosos constituírem um novo grupo com disponibilidade para o consumo, bem como a relação existente com as

concepções modernas sobre a conservação do corpo propiciam uma nova significação ao envelhecimento. O idoso, assim, não se encontra mais ausente das diretrizes nacionais, das falas dos políticos, no entanto, ainda não existem iniciativas objetivas adequadas bem como a reformulação das representações apresentadas pelo discurso gerontológico.

*“ Ao ressaltar formas inovadoras e bem sucedidas do envelhecimento não se pode minimizar a velhice abandonada e dependente. Ou então, transformá-la em consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades ou da adoção de estilos de vida e formas de consumo inadequadas” (Debert, 1996:38).*

Existem quatro elementos fundamentais responsáveis pela construção da imagem do velho brasileiro como vítima privilegiada do sofrimento sendo discriminado, empobrecido, isolado, dependente com um atestado prematuro de óbito físico e social:

1. a explosão demográfica que exigiria o aumento dos gastos públicos para atender as demandas da população idosa em um país definido como “de jovens”;
2. a exclusão do velho por não se constituir em mão-de-obra apta para o trabalho, tornando-se um exemplo da miséria e exclusão que acompanham outros segmentos da população brasileira;
3. a valorização do jovem e do novo refletindo a formação de uma sociedade e de um país sem memória e apego as tradições – característica da pós-modernidade;
4. o declínio da família patriarcal e a incapacidade do Estado em resolver os problemas básicos da população. Deste modo, a pobreza e a miséria da população brasileira, em geral, se tornam paradigmáticas na velhice.

Peixoto (1998) afirma que a associação entre velhice e decadência atinge todos os domínios da sociedade brasileira. A categoria “velho”, na percepção dos “envelhecidos” das

camadas médias e superiores está associada à pobreza, à dependência e à incapacidade. Deste modo, o velho será sempre o outro. Já a noção de “terceira idade” é adotada para os “jovens velhos”, os aposentados dinâmicos que se inserem em atividades sociais, culturais e esportivas. Idoso, por sua vez, tornar-se-á a designação dos “velhos respeitados”. A expressão ‘idoso’ designa uma categoria social, no sentido de uma corporação, mas esta composição faz desaparecer o indivíduo, sua história pessoal e suas particularidades. Além disso, uma vez que é considerado apenas como categoria social *“o idoso é alguém que existiu no passado, que realizou o seu percurso psicossocial e que apenas espera o momento fatídico para sair inteiramente da cena do mundo”* (Birman, 1993, 39).

Uma reflexão sobre estas representações de velhice leva-nos a pensar sobre um certo alargamento das faixas de idade mais jovens e, conseqüentemente, a criação de novas denominações como a emergente “quarta idade” sem que os problemas sejam concretamente resolvidos. Assim as questões da velhice enclausuram-se na criação de mais uma nova atividade para a “terceira idade” ou no esquecimento ainda destinado para a “quarta idade”.

Mas o que é ser velho, ou melhor, quando se fica velho?

## 1.2 - VELHICE E PSICANÁLISE

Freud em carta a Ferenczi (1921) afirma:

*“ no dia 13 de março deste ano, entrei bruscamente na velhice verdadeira. Desde então o pensamento da morte não me abandonou e por vezes tenho a impressão de que sete de meus órgãos internos disputam a honra de pôr fim à minha vida. Nenhum fato especial marcou esta ocasião”* (Schur, 1981:154).

Segundo Mannoni (1995) a brusca deterioração de seu corpo e que faz com que o sujeito perceba a dependência na qual é projetado, não é prerrogativa da velhice, podendo

ocorrer em qualquer idade. Assim, a velhice, tomando-se a psicanálise como referencial teórico, não estaria relacionada à idade cronológica, presentificando-se em um “estado de espírito”. À palavra velho está associada a incapacidade, a mudez, a cegueira e a surdez, que produzem uma paralisação, restando-lhe as faltas: falta de saúde, falta de trabalho, falta de atividade, falta de companhia e principalmente, falta de desejo. Todas estas faltas são evidenciadas em um corpo, que é o limite e a extensão do contato/relação com o mundo: “*ao longo do tempo (da vida) o corpo se transforma, imperceptível e independentemente à vontade e controle do homem*” (Beauvoir, 1970:8). Corpo e tempo se entrecruzam no envelhecimento e, das formas decorrentes desse entrecruzamento nascerão múltiplas velhices. Cecília Meirelles em seu poema “Retrato” nos deixou um grande exemplo da íntima e estranha relação entre o corpo e o tempo:

*“Eu não tinha este rosto de hoje,  
 assim calmo, assim triste, assim magro,  
 nem estes olhos tão vazios,  
 nem o lábio amargo.  
 Eu não tinha estas mãos sem força,  
 Tão paradas, e frias e mortas;  
 Eu não tinha este coração  
 Que nem se mostra.  
 Eu não dei por conta desta mudança  
 Tão simples, tão certa, tão fácil  
 - Em que espelho ficou perdida  
 a minha face?”*

Para Medeiros (1981), criou-se para fins de consumo, uma supervalorização do belo, de forma que o culto ao belo estético transcende a temporalidade rebelando-se contra os ataques da deterioração, decadência e morte. A feiúra torna-se assustadora e a repelimos. Atualmente vivemos em um momento social em que a bela aparência é cultivada às últimas conseqüências: a beleza torna-se sinônimo do bom e a feiúra do mau.

Para muitos o velho é a concretização do feio, pois as transformações, que poderiam ser tomadas como “a beleza da experiência”, o tornam assim. Penso que cabe lembrar a

afirmativa freudiana de quanto o Eu também é nosso corpo, uma vez que os corpos a nós apresentados são aqueles sem forma, caídos, enrugados e flácidos. Lidar com tal situação torna-se difícil porque tanto o próprio velho como os outros o estigmatizam, rejeitam e isolam. Deste modo, o contato que o velho tem com o próprio corpo é medroso e cheio de vergonha, porque este corpo denuncia sua condição de mortal, o limite. Surge a questão sobre quem é este outro parecido comigo, mais velho que um ideal conservado na lembrança? Ao passo que a criança se rejubila antecipando sua unidade corporal, o velho se aflige ao antecipar um corpo fragmentado, arrebatado, um corpo de morte. Remeto-me ao relato de Freud sobre o efeito de na velhice defrontar-se com a própria imagem:

*“Estava eu sentado sozinho no meu compartimento no carro-leito, quando um solavanco do trem, mais violento do que o habitual, fez girar a porta do toailete anexo, e um senhor de idade de roupão e boné de viagem, entrou. Presumi que ao deixar o toailete, que ficava entre os dois compartimentos, houvesse tomado a direção errada e entrado no meu compartimento por engano. Levantando-me com a intenção de fazer-lhe ver o equívoco, compreendi imediatamente, para espanto meu, que o intruso não era senão o meu próprio reflexo no espelho da porta aberta. Recordo-me ainda que antipatizei totalmente com a sua aparência”. (Freud, 1919c:309).*

Sendo, então, o corpo veículo da denúncia dos limites, ele dói e isto é mais forte que a angústia. No entanto, a dor que denuncia as imperfeições insiste e ocupa um lugar privilegiado na imagem que o velho tem de si mesmo, pois falar de dor é discurso socialmente aceito. Falar de angústia de morte é profanar a vida.

*“O envelhecer sublinha nossa temporalidade. Então, para prevenir do drama a todo entendedor que procure aí sua salvação, damos a entender que o envelhecimento apenas diz respeito ao velho, e como, de todo modo o velho ... é o outro ...! Estamos fora das ameaças do tempo” (Messy, 1993:12).*

Como Dorian Gray, assistimos impotentes ao envelhecer de nossa imagem sem, contudo, sentir realmente os efeitos do envelhecimento. O velho é sempre o outro em quem

não nos reconhecemos. A imagem da velhice parece estar fora e, ainda que saibamos que é a nossa imagem, nos produz uma impressão de estranheza. O envelhecimento do corpo biológico, aquele sobre o qual não há palavra que imponha ordem, nos mostra uma imagem não mais condizente com o ideal que guardamos. A imagem do espelho não corresponde à imagem da memória, pois antecipa ou confirma a velhice, enquanto a imagem da memória quer ser uma imagem idealizada que remeta a um mesmo Eu.

No entanto, será que ser velho é ficar paralisado em um tempo passado de realizações e perdas fazendo com que o futuro se torne apenas um borrão indefinido, morrendo-se um pouco a cada dia para despistar a morte? Bobbio (1997) afirma que na velhice não se consegue escapar a tentação de refletir sobre o próprio passado, que existe com um peso de recordações surgidas após anos de desaparecimento. O presente é fugidio e o futuro pertence à imaginação reduzindo-se até o completo desaparecimento. É a certeza de habitar um único corpo, quaisquer que sejam suas modificações, que nos garante uma identidade e permanência. Para tanto, cabe ao sujeito dar o mesmo sentido relacional a uma série de experiências, embora tenham acontecido em tempos diferentes. A história do sujeito é a história das marcas relacionais de dor e emoção em seu corpo; esta é sua identidade. A história que ele escreve atribuindo sentidos a estas marcas é uma história que jamais se completa.

O sujeito velho nos fala de uma consciência de finitude e de um corpo imaginário que se nega a envelhecer e que não se reconhece no espelho. A velhice é ainda representada como um tempo que traz medo e ansiedade, e os sintomas decorrentes destes sentimentos são a negação e a repressão do envelhecer. Como já mencionamos, em nossa cultura ser velho é visto de forma negativa, o que exerce enorme impacto sobre as ansiedades pessoais. Para Woodward (1991) a idade seria mensurada à partir de um cálculo subjetivo resultante da

diferença entre o próprio corpo e o do outro. Entretanto, estes corpos seriam reflexos do prisma constituído tanto pelas próprias fantasias como pelas representações sócio-culturais. Conseqüentemente, o corpo envelhecido, tal como imaginado e experienciado e aquele com uma estrutura representada seriam uma reverberação infinita. Assim sendo, podemos afirmar que a velhice, apesar de alguns poucos discursos contrários, é encarada como um dos males da nossa cultura. O corpo envelhecido, marcado pela passagem do tempo, poderia representar uma ferida narcísica, incontinente e em declínio, totalmente compatível com a noção cultural de corpo como significante da velhice.

Uma questão importante reside em até que ponto podem ser alteradas estas experiências através das mudanças nas representações. Talvez a profunda gerontofobia em nossa cultura possa ser extirpada e um caminho seria um exame crítico das nossas representações de velhice de forma a produzir outras novas. Pensar a velhice como um constante e sempre inacabado processo de subjetivação é uma direção. Entretanto, ainda que estas mudanças se produzam, ainda encontraremos a tensão entre o corpo socialmente construído e aquele que é experienciado na singularidade de sua história.

## CAPÍTULO 2

### AS DEMÊNCIAS

*“...no final, transforma-se numa concha vazia daquilo que era anteriormente – profundamente desorientado, incoerente, amnésico e incontinente de urina e fezes<sup>1</sup>”*

Neste trabalho considero importante diferenciar as perdas consideradas normais da velhice, daquelas ditas patológicas. O progressivo aumento da expectativa de vida e o número crescente de idosos na população vem despertando o interesse da sociedade para os problemas relacionados ao envelhecimento, que traz consigo determinados transtornos físicos.

A gerontologia define o envelhecimento normal como um processo onde as dimensões biológica, psicológica e social interagem marcando as mudanças específicas desta etapa da vida. Assim sendo, percebemos uma convivência desordenada entre as alterações físicas, o declínio cognitivo normal (memória, atenção, concentração, etc.), sentimentos de solidão, rejeição, negação da velhice, aposentadoria e a perda de papéis sociais. Recorro à literatura como exemplo, pois em determinados momentos da vida realidade e ficção entremeiam-se de tal forma que se torna difícil distingui-las:

*“Depois que Antônio dobrou a esquina dos cinquenta, os quatro dentes centrais arrepiavam caminho diante de certas comidas e o canino direito, sozinho, intervinha corajoso durante as refeições. Para arrancar um pedaço do sanduíche ou uma lasca da fruta, funcionava que nem uma picareta onde enxada não entrava. Por muitos anos Antônio mastigava a comida e a ingeria de maneira cambeta. Uns velhos puxam da perna, outros da boca.” (Santiago, 1999:10).*

---

<sup>1</sup> Cummings, 1996: 246.

Durante muitos anos não se diferenciava a degeneração natural da idade da degeneração patológica causada pela doença. Pode-se afirmar, atualmente, que uma perda de memória normal na velhice e aquela decorrente da demência envolvem diferentes tipos de alterações cerebrais. Assim sendo, ao nos referirmos a um processo demencial não estamos tratando do envelhecimento normal, mas sim de uma doença onde existem critérios específicos para seu diagnóstico.

Portanto, no âmbito das perdas patológicas relacionadas à velhice encontram-se as demências que apresentam taxas de prevalência que aumentam exponencialmente com a idade; em média, o aumento da incidência de um processo demencial é do dobro a cada quinquênio de vida: de 3,8 a 6,2% dos 65 aos 74 anos; 11,8 a 16,8% dos 75 aos 84 anos e 16,9% a 28,7% nos maiores de 85 anos (Gomes, 1995). Segundo as estatísticas pode-se pensar até mesmo em uma “epidemia de demências”, ainda que a incidência apocalíptica dos dados demográficos apresentados tenha apenas 20 anos.

Mas o que é demência?

## **2.1 – A DEFINIÇÃO DE DEMÊNCIA**

Conforme os critérios diagnósticos do DSM-IV (Manual de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria), que procura estabelecer critérios operacionais para aumentar a fidedignidade dos diagnósticos, as demências devem ser diferenciadas do declínio normal do funcionamento cognitivo que ocorre com o envelhecimento. Trata-se de um diagnóstico indicado apenas quando existem evidências demonstráveis de maior comprometimento da memória e da performance cognitiva do que seria esperado, levando-se em consideração os processos normais de envelhecimento e se os sintomas causam prejuízo

no funcionamento social ou ocupacional. Desta forma as demências são uma síndrome que compartilham uma apresentação sintomática comum, mas diferenciam-se com base em sua etiologia. A síndrome demencial, segundo os critérios psiquiátricos, é definida pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, que incluem tanto o comprometimento da memória como também uma ou mais das seguintes perturbações cognitivas:

1. afasia - deterioração das funções da linguagem. Refere-se a dificuldade de evocação de nomes de pessoas e objetos, comprometimento na compreensão da linguagem falada e escrita chegando até nos estágios mais graves à mudez ou um padrão deteriorado de linguagem;
2. apraxia - prejuízo na capacidade de executar atividades motoras. Os pacientes com síndrome demencial podem apresentar prejuízo na capacidade de demonstrar com mímica o uso de objetos ou de executar atos motores conhecidos;
3. agnosia - fracasso em reconhecer ou identificar objetos. Apesar da acuidade visual o paciente pode perder a capacidade de reconhecer objetos membros de sua família ou até mesmo sua própria imagem no espelho;
4. perturbação do funcionamento executivo – envolve a capacidade de pensar abstratamente, planejar, iniciar, seqüenciar, monitorar e cessar um comportamento e dificuldades em lidar com informações novas e complexas.

A demência pode estar etiologicamente relacionada a uma condição médica geral, aos efeitos persistentes do uso de uma substância (incluindo exposição a toxinas) ou a uma combinação desses fatores. Um comprometimento da memória é necessário para fazer um diagnóstico de demência, sendo um sintoma inicial proeminente. (DSM-IV)

A DSM-IV diferencia diversas causas para demência, sendo que a mais comum é a doença de Alzheimer, seguida por doença vascular e por múltiplas etiologias. Outras causas incluem a doença de Pick, hidrocefalia de pressão normal, doença de Parkinson, doença de Huntington, lesões cerebrais traumáticas, tumores cerebrais, anóxia, transtornos infecciosos, doenças por vírus lentos, condições endócrinas, deficiências vitamínicas, transtornos imunológicos, condições hepáticas, condições metabólicas e outras condições neurológicas. A demência pode ser progressiva, estática ou remitente. Cabe ressaltar que estamos estudando o impacto das demências consideradas irreversíveis, como por exemplo (DSM-IV, Cummings, 1996):

- a. **Demência do Tipo Alzheimer**, embora seja o tipo mais conhecido, trata-se de um diagnóstico de exclusão em função da dificuldade de se obter evidências patológicas diretas da presença da doença. Apresenta início lento e insidioso com comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas) seguido de afasia, apraxia e agnosia, além de alterações na personalidade, irritabilidade, perturbações motoras e na marcha e incontinência de esfínteres. Pode apresentar também delírios, alucinações e alterações do humor. Estágio inicial: queixas de memória, concentração e desorientação, déficits em atividades da vida diária (dirigir, lidar com dinheiro). Estágio moderado: dificuldades em vestir-se, cozinhar, comprometimento maior da memória recente e da orientação, labilidade no humor, agitação. Estágio moderado/grave: o paciente requer ajuda para realizar atividades básicas da vida diária como vestir-se, tomar banho, caminhar. Início da incontinência urinária, comprometimento da memória de longo prazo, não

reconhecimento de familiares e amigos, distúrbios de comportamento e linguagem. Estágio grave: limitação aguda da linguagem até chegar ao mutismo, déficit motor até a adoção da posição fetal. A duração média a partir do início dos sintomas até a morte é de 8-10 anos;

- b. **Demência Vascular**, também conhecida como demência multiinfarto. Apresenta evidências de doença cerebrovascular (lesões cerebrais isquêmicas) normalmente causada por hipertensão arterial de longa duração e doença cardiovascular. Apresenta início súbito, seguido por um curso flutuante e gradativo, deterioração escalonada, sinais e sintomas neurológicos focais, padrão de déficits cognitivos por setores – lacunaridade (preservação de algumas capacidades e o comprometimento médio a severo de outras), alterações de personalidade, depressão, apatia. Tem duração média de 6-8 anos;
- c. **Demência devida à Doença de Parkinson**, conseqüência direta da doença, com maior tendência a estar presente em indivíduos mais velhos, com doença mais severa ou em estágio mais avançado. Caracteriza-se por lentificação cognitiva e motora, disfunção executiva e comprometimento da evocação de recordações. O declínio é freqüentemente aumentado pela depressão;
- d. **Demência devida à Doença de Pick**, condição degenerativa do cérebro que afeta particularmente os lobos frontal e temporal. Caracteriza-se por alterações da personalidade (apatia ou desinibição), déficits executivos, depressão, delírios, alucinações, deterioração das habilidades sociais, embotamento emocional, desinibição comportamental e anormalidades na linguagem (esteriotipias, ecolalia e mutismo). Dificuldades com a memória, habilidades visuoespaciais, apraxia e outros aspectos ocorrem mais tarde;

- e. **Demência devida à doença do HIV**, consequência da doença, é caracterizada por apatia, retraimento social, delirium, delírios ou alucinações.

Atualmente, ainda é possível perceber uma grande confusão diagnóstica, pois sob a rubrica da doença de Alzheimer encontramos diferentes etiologias, ainda que sejam necessários diferentes tipos de tratamento. Cada vez mais é necessária uma maior divulgação, o que propicia a procura de pacientes aos centros especializados. Cabe ressaltar que quanto mais cedo for feito o diagnóstico, maior será o leque de intervenções terapêuticas possíveis.

## 2.2 – DEMÊNCIA CONSTRUÍDA?

No Brasil, particularmente, a preocupação com as demências deu-se apenas a partir do início da década de 90, mas embora os dados sejam recentes, não se trata de um novo tipo de doença. Historicamente, a doença de Alzheimer<sup>2</sup>, por exemplo, sempre existiu, pelo menos desde a sua descrição em 1907, mas encontramos ao longo dos anos um “período de invisibilidade” iniciado logo após a morte de Alois Alzheimer, em 1915, e que perdurou até os anos 70. Leibing (1997) afirma que, embora estejamos inegavelmente nos referindo a uma doença orgânica, cabe questionar a noção comum de que esta seja “apenas” um processo neurodegenerativo sem a consideração de outros fatores como os psicológicos, sociais, econômicos, políticos e histórico-culturais. Assim sendo, a doença de Alzheimer é um conceito que nem sempre teve a mesma significação.

*“O que chamamos a atenção quando olhamos para a história da doença de Alzheimer, neste século, é que os paradigmas dominantes podem ser descritos como (1) o que geralmente é chamado de paradigma organicista e (2) um mais holista, sendo que o último*

<sup>2</sup> Ressalto aqui a doença de Alzheimer, que embora seja um diagnóstico de exclusão é a mais conhecida e estudada, possuindo uma história onde pode-se perceber sua construção cultural (Leibing, 1997).

*predominava mais ou menos entre os anos 20 e anos 60”* (Leibing, 1999:59).

Reisberg (1981) descreveu que embora a medicina não tenha sido negligente, pois ao menos tinha um nome para a doença, até recentemente, uma vez dado o diagnóstico de demência, não havia muito o que fazer além de nomeá-la. Mas o que aconteceu entre um *tempo sem nome* (Reisberg, 1981) e uma epidemia, como é pensada a demência atualmente?

Segundo Leibing, a mudança entre a invisibilidade e a visibilidade localiza-se no final dos anos 70 e início dos 80, mas trata-se de uma visibilidade pública pois a científica já podia ser notada alguns anos antes. Nos últimos 20 anos, os correlatos neuro-anatômicos e genéticos ganharam maior atenção, possibilitando uma análise neuroquímica e genética cada vez mais detalhada. Aliado a isto, verbas para pesquisa aumentaram significativamente, pois tornou-se uma questão de saúde pública, apelidada como *a praga cinza, o mal do século* (Leibing, 1999). Assim, até 1974 a doença de Alzheimer estava dormindo, não porque não se pesquisasse a doença neste período, mas ela estava medicamente dormindo (Gubrium, 1986) porque não se encaixava no paradigma dominante atual, o cognitivo, aquele onde a demência é reduzida à funções cognitivas.<sup>3</sup>

No século XIX costumava-se reconhecer a existência da demência senil que, no entanto não era diferenciada da senilidade normal. Assim sendo, uma descoberta como a de Alzheimer – uma forma pré-senil não somente parte do processo de envelhecimento, mas uma doença específica – era realmente nova. O texto de Alzheimer “*Sobre um adoecimento estranho no córtex cerebral*” (Leibing, 1999) descrevia o processo pré-senil da demência em uma mulher de 51 anos. Estão ali relatados os sintomas: um ciúme exagerado em relação ao marido e depois, ao longo de cinco anos, alucinações, amnésia, apraxia, afasia e agnosia.

Após sua morte foram encontradas no cérebro as placas neuríticas e emaranhados fibrilares que tornaram-se típicos da doença. Alzheimer, entretanto, enfatizava que a patologia no cérebro era um processo secundário a outros fatores desconhecidos.

O termo “Doença de Alzheimer” foi criado por Kraepelin, que considerava difícil separar o envelhecimento normal dos primeiros sinais da demência senil.

*“A interpretação clínica desta doença de Alzheimer ainda é confusa. Enquanto os achados anatômicos estão sugerindo de que se trata de uma forma especialmente grave da demência senil, o fato de que a doença, às vezes, começa por volta dos 40 anos não permite esta suposição. Neste caso, deveríamos assumir um “senium praecox” ou um processo patológico único, mais ou menos independente da idade”* (Kraepelin apud Leibing, 1999:62).

Kraepelin, em 1916, relatou que a arteriosclerose resultava de *“abuso de álcool e tabaco, mas provavelmente também de emoções fortes persistentes ou cansaço físico e também de opulência na vida”* (Kraepelin apud Leibing, 1999:62). O importante é que na etiologia da demência levava-se em consideração aspectos pessoais, embora a forma precoce e estranha fosse provavelmente resultado de processos patológicos devido a uma predisposição genética. Após a morte de Alzheimer, em 1915, as pesquisas sobre a doença entraram em um período de latência. Leibing afirma que o intervalo entre o abandono das descobertas de Alzheimer e a retomada das pesquisas nos anos 60 permitiu uma visão da doença influenciada pela psicanálise envolvendo a pessoa e não somente um processo patológico do cérebro. David Rothschild, psiquiatra, é um exemplo deste período, chamando a atenção para a incongruência entre a severidade da patologia no cérebro e o grau dos sintomas nos processos mentais. A partir de 1952, a personalidade passou a ser considerada um fator decisivo na etiologia da demência, de forma que os estresses da vida e como estes são enfrentados passam a ser envolvidos no processo. Cabe ressaltar, no entanto, que o

---

<sup>3</sup> Leibing (1999) afirma que seria mais exato chamá-lo de paradigma cognitivo-cerebral, que não somente descreve um reducionismo em relação aos sintomas, mas que limita o olhar uma vez que considera apenas o

radicalismo das interpretações da época, quando a etiologia da doença era atribuída unicamente a fatores psicológicos que negligenciavam os fatores biológicos, assim como a existência de um caos nos critérios diagnósticos, em muito contribuíram para o abandono deste tipo de visão.

Kitwood (1988) argumenta que atualmente as demências têm sido pesquisadas tomando-se como base um referencial técnico<sup>4</sup>. A partir do *estudo de Newcastle* – uma tentativa de demonstrar uma relação significativa entre o número das placas e o grau de demência – o interesse pelas pesquisas voltou concentrando-se na patologia do cérebro. A partir de então a doença passa a ser entendida como um caso paradigmático de um transtorno mental orgânico o que inviabiliza qualquer tentativa de entendimento pessoal.

A pesquisa técnica pressupõe que a demência é causada apenas por um processo de alterações neuropatológicas, e por isto foram desenvolvidos diversos estudos, como por exemplo, os que consistem na observação de cérebros a partir de técnicas histopatológicas, ou seja estudos de evidências pós-morte. Estas pesquisas implicam na remoção e preservação de cérebros após a morte e o exame geral dos sinais de atrofia e outras alterações, além dos estudos para a observação das estruturas celulares. Assim sendo, existem inúmeras pesquisas apontando que a mensuração da degeneração cerebral pode ser feita através de métodos de identificação das placas de amilóide, uma das hipóteses responsáveis pela doença de Alzheimer.

Embora o referencial técnico esteja a procura de universais para mensurar e controlar um processo demencial, seus resultados não são suficientes para uma explicação completa do que seria a etiologia da demência. Assim um certo determinismo teria que ser construído, uma vez que a assertiva “demência é irreversível e incurável” torna-se uma proposição lógica a

---

cérebro como local da doença.

<sup>4</sup> Referencial técnico deve ser entendido como médico stricto sensu.

partir de uma visão eliminativista do tema e, não apenas uma generalização empírica, o que exclui *a priori* qualquer contribuição de fatores psicológicos. A crítica principal a este modelo específico de ciência estaria relacionada ao fato do que é apresentado atualmente pelas pesquisas neuropatológicas ainda não engloba obscuras patogenias ou distúrbios bioquímicos, muitos sutis para a monitoração atual. Portanto, não há uma razão para a exclusão de uma pesquisa de fatores subjetivos, relacionados com os aspectos psicológicos e o ambiente social, a não ser pela adoção deste modelo de ciência – objetivista, materialista e eliminativista. Assim, com a primazia das pesquisas médicas nesta área, a consideração pelos fatores pessoais, subjetivos foi descartada de forma que comumente encontramos discursos do tipo: “demente não sofre, não tem dor”, “demente não sabe que está demente, é preciso apenas se preocupar com os sintomas”. Segundo Eisenberg *“desde os meados dos anos 70 a psiquiatria social dos anos 50 ‘sem cérebro’, muitas vezes tem sido substituída por uma psiquiatria biológica ‘sem mente’”* (Leibing, 1999:63). Nos deparamos, então, com o discurso da não-pessoa, do não-identificado, o que perdeu seu status de humano. Este tipo de discurso talvez possamos atribuir, também, ao fato de que a ciência médica cada vez mais encontra-se dependente de um aparato tecnológico para suas investigações, de maneira que, uma pesquisa direcionada para os aspectos subjetivos, por sua complexidade e dificuldade de controle e mensuração, é facilmente encarada como inútil e desnecessária.

*“ A psiquiatria, no momento, aceita a possibilidade que a explicação poderia ser encontrada em fatores ambientais físicos (...). Ir além disso e sugerir que fatores psicológicos e sociais poderiam ser envolvidos na causa da demência, geralmente é proibido ”* (Kitwood, 1997:64).

Além disto, a resistência a este tipo de pesquisa reside em que, se o dualismo é rejeitado e se assume que tanto as descrições neurofisiológicas quanto as mentais referem-se à mesma realidade, isto representa que eventos e estados mentais estariam acessíveis a investigação com uma precisão menor do que aquela que a ciência natural aspira. Assim, a

demência encarada apenas a partir do referencial técnico torna-se um paradigma da procura de uma certa cientificidade para os universais de vida e morte.

Pensar a demência como *uma doença que acomete uma pessoa e não apenas um processo de degeneração cerebral* é uma idéia nova. Ressalto que não é minha intenção pensar hipóteses psicológicas/psicanalíticas para a etiologia da doença, mas sim refletir sobre a doença como pertencente a um sujeito, o que causa desdobramentos tanto em seu corpo quanto em seu psiquismo.

Dentro do “universo” das demências é importante ressaltar a quase inexistência de estudos sobre o impacto da doença no psiquismo do paciente. Messy (1993), ao tentar construir uma etiologia psicológica para a degeneração cerebral, aponta a demência como uma negação da morte, a reação à experiências negativas como solidão, desesperança e incapacidade. Entretanto, penso que devemos considerar que estas não são causas, mas sim conseqüências da representação contemporânea de velhice, o que demonstra o quanto as pesquisas ditas psicológicas ainda são incipientes, sem uma fundamentação teórica consistente. Atualmente, encontramos, também, algumas pesquisas direcionadas para uma tentativa de incorporar fatores psicossociais na etiologia da doença: *“muitos cientistas, até mesmo Alois Alzheimer, concordariam que o processo neurodegenerativo está relacionado a fatores ainda desconhecidos, pois até mesmo a predisposição genética não é suficiente para explicar a doença”* (Leibing, 1997: 226). Estes estudos permanecem, no entanto, como pouco mais do que uma coleção de fragmentos que não são coordenados em um programa de pesquisa coerente. Uma razão para isto, apontada por Kitwood, seria o prestígio das pesquisas técnicas, além do fato de que um trabalho orientado para aspectos psicológicos ainda não tem pressupostos teóricos e metodológicos adequados.

Cabe pensar, no entanto, que um processo demencial exerce enorme impacto sobre os pacientes e uma atenção limitada tem sido dada aos seus aspectos subjetivos, ainda que a inclusão destes fatores aumente o escopo do potencial terapêutico. Os esforços na tentativa de compreensão deste impacto geralmente restringem-se ainda a aspectos sociais e familiares, mesmo que a doença acarrete, para o paciente, um enorme desamparo diante da perda subjetiva que progressivamente se instala. O'Connor (1993) afirma que as perdas cognitivas, as reações paranóides, a depressão e a ansiedade podem ser entendidas como aspectos de uma lenta e progressiva "perda do eu". O senso de identidade e unidade é perturbado, desvanecido e fragmentado e isto é acompanhado por medo e desespero. Portanto, apesar de ser um processo irreversível de degeneração cerebral, a demência, ou melhor, o sujeito que demência é despido dos seus aspectos subjetivos. Isto porque talvez a falência que observamos agudamente em um processo demencial é algo que nos lembra a angústia da nossa própria falência e mortalidade.

Assim sendo, lembro aqui as palavras de Oliver Sacks:

*Se desejamos saber a respeito de um homem, perguntamos "qual é sua história – sua história real, mais íntima?", pois cada um de nós é uma biografia, uma história. Cada um de nós é uma narrativa singular que, de um modo contínuo, inconsciente, é construída por nós, por meio de nós e em nós – por meio de nossas percepções, sentimentos, pensamentos, ações e, não menos importante, por nosso discurso, nossas narrativas faladas. Biologicamente, fisiologicamente, não somos muito diferentes uns dos outros; historicamente, como narrativas, cada um de nós é único" (Sacks,1997:129).*

### CAPÍTULO 3

#### O TEMPO E A CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE

*“Para nós, físicos convictos, a distinção entre passado, presente e futuro não é mais que uma ilusão, ainda que tenaz”*

*A. Einstein<sup>5</sup>*

A perspectiva temporal é uma dimensão do ser no mundo, dando significação à existência do sujeito. Assim sendo, não existe o tempo em si, pois trata-se de uma construção humana que fugiu ao seu controle, uma vez que o homem vive no tempo que cria. Esta temporalidade articula-se com o mundo interno e externo do sujeito, colocando a questão de como relacionam-se passado, presente e futuro.

Segundo Jaspers as noções de tempo e espaço estão sempre presentes na vida psíquica, tanto a normal como a patológica. E apenas por estarem presentes é que sua manifestação, vivência e duração podem modificar-se. *“Na vivência poderemos abandonar, em favor de uma vivência interior destituída de objeto, a espacialidade; o tempo, porém fica sempre presente.* (Jaspers, 1987:100). Um rompimento do tempo possibilita a experiência da eternidade, o que seria uma experiência unicamente mítica.

A temporalidade seria apenas uma espécie de roupagem, pois sua significação somente importa na medida em que se converte numa linguagem e numa estrutura da “alma”. Ou seja, a significação é adquirida conforme a atitude assumida frente a esta temporalidade.

---

<sup>5</sup> Einstein apud Gondar, 1995:5

À vivência temporal é atribuído um significado que depende do momento, já que esta encontra-se em constante modificação. Assim, enquanto houver consciência o desaparecimento de toda e qualquer sensação de tempo não é possível, ainda que ela esteja resumida ao mínimo. A sensação do presente, da presença e ausência da realidade liga-se originalmente à consciência do tempo. Com o desaparecimento do tempo, desaparecem o presente e a realidade e, principalmente, a consciência de si mesmo. Há de se pensar na progressiva perda de consciência nas demências, onde se chega ao ponto de não lembrar o que foi lembrado um instante atrás. A consciência se resumiria a um instante, um instante de presente. A síndrome demencial seria responsável pela fragmentação do continuum do tempo, onde a relação do sujeito com o seu tempo residiria, inicialmente, apenas no passado. Trata-se de uma temporalidade vivida principalmente no passado, mas vale ressaltar que neste retorno, sob a ótica da demência, constantemente é fácil pensar que não se trata do mesmo eu. Mas não será o Eu o mesmo em qualquer tempo? Ou apenas é um Eu que constrói e é construído neste tempo?

Augras (1981) afirma que o tempo seria uma forma de se lidar com a impermanência e a transitoriedade, poder e impotência, vida e principalmente a morte. O tempo individual é construído tanto a partir do biológico, orientado do passado para o futuro, como também do social, sem começo ou fim atravessado pelos mitos e tradições, como uma tentativa de negar a impermanência.

Biologicamente, o tempo se fundamenta na capacidade de desenvolvimento e degeneração celulares (envelhecimento) e, neste sentido, cada indivíduo possui seu próprio tempo fisiológico interno que informa sobre sua periodicidade. O tempo biológico seria um processo contínuo, de aquisição e aprendizagem, mas também de despojo, onde reside a velhice, já que o fim seria a decadência e a morte. No tempo individual passado e presente

caminham juntos, de forma que suas significações seriam atribuídas a partir do horizonte dentro do qual são experimentados. Passado dá sentido ao presente e presente atualiza e ressignifica o passado.

*“O passado não é imutável, pois o significado de um acontecimento se transforma juntamente com a história do indivíduo, ou seja, as vivências colore as lembranças em diferentes matizes de forma que a significação do passado e do presente são modificadas” (Alonso-Fernandes, 1977:185).*

O futuro é o modelo dominante do contínuo processo de tornar-se. O passado não seria um reservatório de memórias e impressões condicionadoras do futuro, mas sim o domínio do registro dos fatos pelos quais selecionamos as experiências presentes, de maneira a desenvolver e preencher potencialidades e obter satisfação e segurança num futuro imediato. Portanto, a especificidade de cada indivíduo é dada pela reunião das significações atribuídas ao passado pelas vivências presentes, o que encaminha para um projeto maior dentro desta rede de significações, residente no futuro. Isto porque apenas *“a adesão incondicionada ao presente se acompanha do esquecimento do passado e da supressão do futuro. O sujeito perde assim a categoria de homem.”* (Alonso-Fernandes, 1977, 185).

A partir da perspectiva da morte, a temporalidade é criada, transformada ou deformada de forma que distúrbios do sentimento do tempo, necessariamente resultam em distorções no significado da vida e da própria identidade. A morte é o projeto negado do futuro, pois o homem constrói sua vida negando a morte. Desse modo, a noção de tempo como criação do humano, tem como objetivo maior negar a morte. Na velhice, em função da proximidade com o limite atribuído à morte, o tempo torna-se cada vez mais o tempo que passou como uma forma de negar a existência deste horizonte, em uma tentativa de cristalizar o tempo para assegurar a permanência, negar a finitude. Os projetos não existem ou tornam-se secundários

na medida em que a morte esta aí presente. Portanto, a morte é o cenário irrepresentável que constitui a violência própria do ser temporal, um ser para a morte.

### **3.1 – O TEMPO PSICANALÍTICO**

A psicanálise, por sua vez, afirma que o tempo como é percebido pela consciência não passa de uma abstração, exterior ao sujeito que ordena de uma mesma maneira todos os eventos. O que é privilegiado é uma noção de tempo não necessariamente vivencial, pois como veremos, a temporalidade psicanalítica rompe com a noção fenomenológica de que consciência e memória são um mesmo sistema. Neste ponto podemos recorrer à literatura de Jorge Luis Borges que nos lembra que

*“pode-se dizer – e isso eu já disse muitas vezes – que nossa substância é o tempo, que estamos feitos de tempo. Porque podemos não estar feitos de carne e osso: por exemplo, quando sonhamos, nosso corpo físico não importa, o que importa é nossa memória e as imaginações que urdimos com esta memória. E isso é evidentemente temporal e não espacial”* (Borges apud Gondar, 1995:45).

A questão do tempo se faz presente ao longo da obra freudiana. Encontramos referências no “Manuscrito K” (1896), onde o efeito de posterioridade da recordação é considerado mais importante que a experiência em si. Em seu artigo “O Inconsciente” (1915) Freud ao descrever as características do inconsciente coloca a questão temporal:

*“os processos do sistema inconsciente são atemporais; isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo, não tem absolutamente qualquer referência ao tempo. A referência ao tempo vincula-se, mais uma vez ao trabalho do sistema consciente”*.(Freud, 1915:214).

Em “Além do princípio do prazer” (1920) e em “A Negação” (1925) são feitas as referências sobre a atemporalidade do inconsciente. Ao se pensar sobre a noção de

atemporalidade do inconsciente freudiano não se trata de colocar o inconsciente fora de qualquer dimensão temporal, mas sim acentuar que, na verdade, por desprezar a idéia consciente do tempo, o inconsciente é constituído por um tempo próprio, específico, que o tornaria atemporal quando pensamos nas relações de tempo linear e sucessivo pertinentes à consciência.

Em “Além do princípio de prazer” (1920) Freud continua explicando sua teoria sobre o tempo:

*“Nossa idéia abstrata de tempo parece ser integralmente derivada do método de funcionamento do sistema Pcpt-Cs e corresponder a uma percepção de sua própria parte nesse funcionamento, o qual pode talvez constituir uma outra maneira de fornecer um escudo contra os estímulos”*(Freud, 1920:44).

Ainda acompanhando o pensamento freudiano encontramos em “Uma nota sobre o Bloco Mágico” (1925[1924]):

*“Minha teoria expunha que inervações da catexia são enviadas e retiradas em rápidos impulsos periódicos de dentro, para o sistema Pcpt-Cs completamente permeável. Enquanto catexizado dessa maneira esse sistema recebe percepções (que são acompanhadas por consciência) e transmite a excitação para os sistemas mnêmicos inconscientes; entretanto, assim que a catexia é retirada, a consciência se extingue e o funcionamento do sistema se detém. É como se o inconsciente estendesse sensores, mediante o veículo do sistema Pcpt-Cs, orientados ao mundo externo, e rapidamente os retirasse assim que tivesse classificado as excitações dele provenientes.(...) Tive ainda a suspeita de que esse método descontínuo de funcionamento do sistema Pcpt-Cs jaz no fundo da origem do conceito de tempo”* (Freud, 1925[1924]:290).

Então, segundo Freud, os estímulos são percebidos pelo sistema Pcpt-Cs que os transmite para outros sistemas, como por exemplo a memória, que manteria e articularia os traços destes estímulos. Entretanto a percepção não é um processo contínuo e sucessivo, mas funcionaria como flashes de luz, o que marca a descontinuidade do funcionamento do sistema Pcpt-Cs. O importante a ressaltar, neste momento, é que na concepção freudiana percepção e

memória são sistemas distintos. A separação entre consciência e memória sugere que a construção da história do sujeito pode não ser necessariamente vivencial, na medida em que encontram-se misturadas fantasias, experiências, memórias e vivências, o que aponta para o inconsciente - o terreno da descontinuidade.

A percepção é realizada por intermitências, de forma que o discurso consciente é pontuado por lacunas através das quais o inconsciente pode irromper. Em função da descontinuidade própria do aparelho psíquico, um instante representará a realidade temporal em oposição ao fluxo contínuo defendido pela fenomenologia.<sup>6</sup> Por ser o inconsciente a pedra fundamental da psicanálise e estando a consciência destituída de importância, relegada à prestar serviço a outras instâncias psíquicas, não há uma preocupação freudiana em caracterizar o tempo vivido. No tempo vivido o homem não experiencia suas histórias e assim não se constitui como sujeito, pois não se trata de um tempo subjetivo. O tempo vivido reflete uma sucessão de fatos e momentos; o tempo subjetivo é uma qualidade, opera com afetos e por isso é construído, de forma que a história do sujeito é descontínua, emaranhada, totalmente distinta da história contida no tempo vivido.

Retornemos a uma passagem de Silviano Santiago em "De Cócoras" em que Antônio viaja em seus diversos tempos, tal como na temporalidade psicanalítica:

*"- Não, não olhe para trás, Antônio. Fixe os olhos no tempo que se aproxima e está à sua espera. Em vão o anjo quis emprestar a Antônio os conselhos que o liberariam do sonho de infância que está sonhando. Antônio não vê o anjo, não o escuta e não lê os seus pensamentos. O anjo não existe. Como um ginasião em dia de gazeta, Antônio está mergulhando e subindo à tona no sonho da própria vida. Ora nele vive como criança, ora contempla-o da margem como adulto que examina velhas fotos num álbum de família" (Santiago, 1999:110).*

<sup>6</sup> Nesta concepção consciência e psiquismo são sinônimos de forma que a consciência percebe, imagina e memoriza, reunindo diferentes momentos. Desta forma, em função da noção de consciência como ponto central, passado, presente e futuro reúnem-se em um fluxo que atravessando-a torna-se o tempo vivido (in Bosi, 1994).

A temporalidade freudiana é marcada e carregada das intensidades, significações e repetições do instante e seus afetos. O tempo seria, então, um fator determinante da construção da subjetividade humana através do seu papel na rememoração, repetição, o tempo mítico das origens, a historicização. Encontramos o tempo na história de um sujeito que não se prende à linearidade cronológica e à realidade objetiva. A história é um processo de recriação, de ressignificação simbólica do passado que não se esgota no tempo. Entretanto, apesar da atemporalidade, para Freud, tanto nos atos inconscientes quanto no presente, só chegamos a uma compreensão do seu significado quando é estabelecida uma dimensão temporal, função esta do Eu:

*“...quanto menos um homem conhece a respeito do passado e do presente, mais inseguro terá de mostrar-se seu juízo sobre o futuro. Em geral as pessoas experimentam seu presente de forma ingênua por assim dizer, sem serem capazes de fazer uma estimativa sobre seu conteúdo, tem primeiro de se colocar a certa distância dele, isto é, o presente tem de se tornar o passado para que possa produzir pontos de observação a partir dos quais eles julguem o futuro” (Freud, 1927, 27).*

Assim sendo, quando se perturba o sentido da realidade podem aparecer alterações nos três aspectos do tempo, como por exemplo, o presente permanecer obscuramente real e investido de forma que o passado pouco signifique e o futuro não seja nada.

Gondar (1995) nos aponta duas idéias contraditórias sobre o *Nachträglich*<sup>7</sup>, conceito freudiano que se refere às relações entre a temporalidade e a memória colocando em questão um tempo que é irreversível e descontínuo. A primeira relaciona-se a um tempo progressivo, relacionado a um desenvolvimento do indivíduo calcado na sucessão de fases ligadas às zonas erógenas. Trata-se de um determinismo linear responsável pela causalidade do passado sobre o presente, ainda que haja uma distância temporal entre a causa e seus efeitos, de forma que o termo *nachträglichkeit* proposto por Freud é traduzido como ação retardada. Nesta concepção

o passado explica a presença do Eu, o qual sem passado não tem realidade e nem sentido. A memória é a função psíquica que permite a presença do passado na ação. Sem projeto para o futuro, o homem deixa de ser homem, pois o futuro consiste em previsão e propósito.

A outra concepção psicanalítica sobre o *nachträglich*, a que nos interessa, rompe com a idéia de linearidade da temporalidade psíquica. Assim sendo, impasses, momentos críticos, cristalizações são instantes chaves capazes de reordenar contingências anteriores. Ressaltamos que estamos nos referindo a contingências psíquicas que são tomadas como lembranças e traços de memória sujeitos a rearranjos e ressignificações em determinados momentos.<sup>8</sup> O *nachträglich* descarta a idéia de sucessão, pois enquanto os flashes de luz do sistema Pcpt-Cs nos permitem marcar instantes sucessivos, através dos quais produzimos um tempo linear, no inconsciente, o sujeito é produzido em um tempo repentino, irregular e inantecipável. A cada novo rearranjo, um novo sentido é produzido de forma que a história de um sujeito deixa de ser uma linha reta repleta de causas e efeitos para transformar-se em momentos que podem ser constantemente reescritos. Não se trata de um retorno idêntico de um acontecimento do passado, pois a cada atualização de experiências passadas surgem novas histórias. Assim, o sujeito não se aprisiona em uma história única e linear, mas em várias vivências de descentramento constante entre o que muda e o que permanece.

---

<sup>7</sup> O termo *nachträglich* é traduzido e utilizado em dois sentidos: ação retardada e *a posteriori*.

<sup>8</sup> Segundo Kaufman os traços constituem "o tesouro das lembranças, entreposto da memória, depósito de sentimentos em que residem traços de acontecimentos, cenas e sensações, coisas vividas e ouvidas, experiências de satisfação, assim como de dor ou de pavor, mas também os representantes da atividade pulsional, os efeitos da percepção da falta (desamparo, ligado à falta da presença provedora, angústia do encontro com a ausência do falo) e, até mesmo os elementos originários herdados das gerações precedentes ou mesmo, segundo Freud, da pré-história humana" (Kaufman, 1996:547).

Sylvie Le Poulichet (1996) acrescenta é necessário um novo acontecimento para que o antigo reverbere, de forma que no campo psicanalítico

*“essa temporalidade organiza não apenas a constituição do sintoma no só-depois, pela via do recalque, mas também a historização do passado no presente. Esta não pode, efetivamente, assimilar-se à procura de um passado sepulto, que se estagnaria em alguma profundidade, como depósito inconsciente... É também no próprio movimento, pelo qual ele se apreende e se conta como mortal, que o sujeito faz com que seu passado tenha acesso à dimensão da história. Assim, a história não pode ser confundida com o passado, nem aliás, com o vivido.”* (Le Poulichet, 1996:18).

Portanto, o *nachträglich* freudiano assume a conotação de *a posteriori*, onde o passado não é apenas manipulado, mas também criado, uma vez que seu sentido é atribuído a partir do presente. Não há um determinismo temporal no sentido de causa/efeito, o que nos leva a pensar que a produção da história do sujeito está ligada à sua maneira de ser singular.

O processo de ressignificação do passado não se esgota no tempo, de forma que a “temporalização” é constituída a partir da subversão das dimensões do tempo linear: no presente avaliam-se as realizações e fracassos ressignificando o passado e planeja-se o futuro; o passado atribui sentido ao presente e se projeta no futuro, mas é justamente diante da consciência de finitude do futuro que se impõe uma exigência de ressignificação. Ressignificar não é retificar. Nesta temporalidade subvertida ancora-se a subjetividade e o Eu é reconhecido como histórico. Ressalto que a história aqui referida não é a biográfica ou universal, mas sim a história dos afetos, dos vínculos, da singularidade, de negação de tempo cronológico. A história não é uma simples acumulação de recordações, uma memória de fatos com sentido e coerência, mas sim de acontecimentos com a possibilidade de produzir efeitos de sentido e significação no presente. O que interessa do passado evocado é aquilo que tem a ver com sua repetição atualizada e com a relação entre permanência e mudança. Sabemos que não há história no isolamento. Deste modo, podemos pensar nos sujeitos com síndrome

demencial, que diante de um processo de desvanecimento do Eu, não adiam mais a satisfação investindo em objetos substitutivos, pois não podem mais ser lançados ao futuro para tentar recuperar o que imaginaram um dia ter sido. Passado e presente intrincam-se em um só tempo de tal forma que, muitas vezes, não há discriminação entre o que se foi e o que se é.

Segundo Goldfarb (1998), a experiência temporal é própria do ser humano e se constitui sobre a ilusão de uma sucessão de instantes onde cada acontecimento, cada experiência deixa sua marca. É no tempo entre o nascimento e a morte que o sujeito se defronta com o limite dos seus desejos e a identidade constitui-se na medida em que procura elaborar estes limites. Conseqüentemente, a experiência subjetiva do tempo é estruturante da identidade, da consciência de si. Na velhice, o Eu confronta-se com uma dupla exigência: a renúncia da continuidade biológica e a necessidade de conservar um sentido para a vida que termina. Trata-se da identidade confrontando-se com a biologia e os limites temporais. Avaliando este confronto talvez possamos pensar que a questão não é apenas sobre o morrer, mas viver um “não-ser”, perder o sentido e aniquilar-se. Isto porque, como Aulagnier diz o

*“Eu assina, portanto, um compromisso com o tempo: ele renuncia fazer do futuro este lugar no qual o passado poderá retornar, aceita esta constatação, mas preserva a esperança de que, um dia, este futuro lhe devolverá a posse de um passado, tal qual ele o sonhou”*  
(Aulagnier, 1979:157).

Se a temporalidade pode marcar a diferença entre o normal e o patológico, facilmente surge a tendência de colocar o velho em patologia. Podemos apontar para uma temporalidade específica do velho, como parte do processo normal de envelhecimento. As reminiscências, tão comuns, seriam uma reafirmação constante do existir, do sentido, pois elas provocam um encurtamento do tempo passado na medida em que os fatos são presentificados. Seria uma forma do velho poder afirmar: “embora não pareça, eu também sou tudo isto que lhe conto”. Através da historicização o Eu ancora-se no presente como uma unidade, atribui um sentido

ao passado e projeta-se no futuro. Desta forma as reminiscências ancoram e preservam a identidade.

No caso particular das demências, onde a fronteira entre o normal e o patológico foi transposta, onde muitas vezes há a percepção do Eu de alguma coisa diferente acontecendo, um sinal de alarme soando, as reminiscências mais do que nunca teriam a função de apaziguar, de confirmar e sustentar a unidade. Aqui relembro que *João queixa-se de que a memória está falhando, faz força para lembrar algumas coisas, mas não consegue. “E aí?” pergunto. “E aí nada”, responde, “é coisa de velho”. Entretanto, suas histórias tornaram-se sem fim porque uma palavra já lembrava outra história que lembrava outra e todas intermináveis. Passou a contar não só sobre suas mulheres como também sobre os amigos e os muitos conhecidos da barbearia. Durante a Copa do Mundo só falava de futebol, um dia vira-se para mim e diz: “você tem cara de que é Fluminense” e começa a lembrar que frequentava diariamente o clube onde seus filhos aprenderam a nadar.*

Bianchi (1991) afirma que as duas articulações do psiquismo com o tempo – inconsciente e consciente – acontecem sucessiva e simultaneamente, desde que o Eu se ache constituído. Então, diante de um Eu em desvanecimento, não mais historicizado, podemos afirmar a existência de um progressivo comprometimento da percepção temporal de forma que o tempo deixa de ser linear e o ontem distante surge em um hoje esmaecido na tentativa de reafirmar uma identidade que não mais se sustenta.

## CAPÍTULO 4

### MEMÓRIAS QUE SE DESDOBRAM EM VÁRIOS TEMPOS

*É preciso começar a perder a memória, mesmo que a das pequenas coisas, para percebermos que é a memória que faz nossa vida. Vida sem memória não é vida. Nossa memória é nossa coerência, nossa razão, nosso sentimento, até mesmo nossa ação. Sem ela, somos nada.*

*Luis Buñuel<sup>9</sup>*

O jovem, afogado nas ondas do presente, não faz uso das lembranças em sua vida cotidiana pois sua ilusão de continuidade ainda é mantida. Então, a rememoração e as memórias não passam de breves momentos de descanso, relaxamento e sonho. Outra é a situação do velho, pois lembrar do passado não é mais um descanso, uma vez que despido de suas funções sociais, repetida e cuidadosamente a ele muitas vezes só cabe lembrar. As lembranças despertam questões: seria a memória uma evocação pura do passado ou um trabalho de recriação deste? E até que ponto o homem constitui-se por suas memórias?

Neste trabalho, a memória, ou melhor, seu déficit, foi destacado por ser tanto o sintoma mais conhecido das demências, mas principalmente por colocar em questão o processo de desvanecimento subjetivo pelo qual passa o paciente, já que um sujeito sem memória perde, aos poucos, todas as suas referências, amarras e identidade.

---

<sup>9</sup> Sacks, O. 1997:127

#### **4.1 DÉFICIT DE MEMÓRIA NORMAL E DÉFICIT DE MEMÓRIA PATOLÓGICO**

A memória é dependente de inúmeros processos fisiológicos e psicológicos específicos, que se estendem entre a percepção de um estímulo e sua lembrança ou reprodução. Atualmente, existem muitos estudos (Laks e cols, 1999) interessados na distinção entre a perda da memória normal do processo de envelhecimento e a perda de memória patológica encontrada nas demências, objetivando aumentar a eficiência em detectar pessoas em fases precoces da doença. Isto porque mesmo que um diagnóstico cuidadoso de demência inicial seja construído e a diferença para o envelhecimento normal seja significativa, cada vez mais é importante diferenciar o déficit mnêmico da demência, em estágio inicial, daquele esperado no envelhecimento normal.

O ligeiro declínio cognitivo observado em pessoas com mais de 60 anos é natural, ainda que existam problemas no que se refere ao número inadequado de normas estabelecidas para a avaliação do desempenho cognitivo de idosos que não estão doentes. Algumas pessoas aparentemente sadias são mais esquecidas do que outras e se queixam mais de esquecimento. A distinção entre o normal e o patológico no processamento cognitivo do idoso, principalmente as queixas de memória surgidas com a idade, são tema de discussão, especialmente quanto a possibilidade deste problema constituir-se em um transtorno com critérios diagnósticos definidos, diferente do que acontece no idoso normal e até mesmo no paciente com demência. Isto deu margem, por exemplo, ao conceito de “esquecimento senescente benigno” postulado por Kral, em 1962 (Laks e cols, 1999), que se referiu a um estado de leve deficiência da memória que não progrediu até a demência. Mais tarde, novas considerações foram elaboradas visando solucionar o problema, de forma que foram criados o

“declínio cognitivo associado ao envelhecimento” e o “comprometimento de memória associado à idade” (Laks e cols, 1999). Para a psiquiatria, estes conceitos tem sua validade, na medida em que tornam o diagnóstico de demência ainda mais precoce, além de informar sobre o que é considerado normal do ponto de vista neurobiológico, neuropsicológico e comportamental.

Nos processos demenciais encontramos, ao lado de outros, um déficit progressivo da memória que não pode ser considerado normal; prejuízos na memória explícita e na memória lógica são sinais clínicos encontrados precocemente na demência do tipo Alzheimer, por exemplo. Portanto, muitos aspectos da memória ficam deficientes nas demências, incluindo até mesmo componentes que são comumente poupados em outros distúrbios neuropsiquiátricos. Não somente fica alterada a memória recente e a episódica - aquela que permite relembrar fatos pessoais passados - mas são detectadas deficiências progressivas nas funções da memória implícita, o acesso à memória de conhecimento, memória de atitudes, funções da linguagem e aprendizado de processos. O paciente com demência deixa de lembrar-se devido à dificuldades básicas intrínsecas de codificar e decodificar os fatos, ou seja, esquece e segundos depois esquece que esqueceu. *Silvia, relata que anda muito esquecida, sente-se desorientada, não sabendo onde coloca as coisas. Conta que um dia foi buscar um liquidificador que havia deixado na loja para conserto e quando chegou em casa não se lembrava de onde o havia deixado. Em diversas ocasiões entrou em casa esquecendo de tirar a chave do lado de fora da porta. Um dia chega na sessão muito angustiada porque não se lembrara do caminho para chegar ali e, apenas perguntando, conseguiu orientar-se novamente. Silvia relata diversos episódios “sintomáticos de Alzheimer” chorando muito e procurando confirmação se realmente poderiam ser sintomas da doença.*

A memória sempre foi pensada como uma extraordinária capacidade do organismo em abstrair-se das causas externas para se submeter a determinações internas buscadas em sua experiência passada. Os progressos mais recentes no campo das neurociências dizem respeito mais à descrição neuroanatômica dos circuitos e à análise biofísica e bioquímica dos elementos cerebrais que aos mecanismos que o animam. A capacidade de aprendizado e memorização, ao longo da evolução, estaria ligada à complexificação das conexões entre as células, refletindo a importância dos processos de associação. Teoricamente, a estratégia usada pelo cérebro para aprender ou memorizar apelaria para dois diferentes mecanismos: a criação de novos circuitos através da gênese de novos neurônios<sup>10</sup> ou a modificação das conexões entre os neurônios existentes.

A neurofisiologia atual admite que embora seja sabido que certas atividades cognitivas são centralizadas no córtex e que certas formas de memorização são igualmente corticais, a anatomia da memória ainda não é totalmente compreendida. Ainda que algumas regiões do córtex sejam mais especializadas na memorização, admite-se que a maioria das lembranças é, na verdade, distribuída no conjunto do córtex cerebral. Dessa forma, o estudo sobre os mecanismos cerebrais da memória sugere que a auto-organização, a estocagem e a evolução dos objetos memorizados mentalmente são propriedades intrínsecas de assembléias ou de redes de neurônios.

#### **4.2 - MEMÓRIA CATEGORIZADA**

A teoria do cérebro proposta por Edelman (1992/1989) é um dos mais recentes avanços no que se refere aos processos da memória, pois procura explicar o funcionamento

---

<sup>10</sup> Vale ressaltar que a gênese de novos neurônios só se aplica durante um período muito precoce do desenvolvimento.

neurofisiológico a partir do sistema darwinista, o que implica demonstrar que o funcionamento do cérebro depende também do contexto e da história e, não apenas de funções localizadas e lembranças permanentes. Questionar funções localizadas e lembranças permanentes significa refletir sobre a natureza do pensamento, da ação e de suas bases biológicas no funcionamento cerebral. A comparação entre a imunologia e a teoria da evolução sugeriu a Edelman que o cérebro também funciona baseado no mecanismo da seleção. Assim, a partir de um padrão altamente variável e individual de conexões entre os neurônios, percebeu-se que algumas combinações destas conexões são selecionadas em detrimento de outras, em consequência aos estímulos que o cérebro recebe através dos sentidos e a um critério próprio de valor, um dos pilares da teoria. A seleção ocorreria em grupos de neurônios conectados em camadas ou mapas que se integrariam criando categorias de coisas e acontecimentos. As necessidades e desejos individuais, ou seja, o valor que atribuímos às pessoas, lugares e acontecimentos estariam diretamente relacionadas aos padrões de categorização. Para Edelman (1992/1989) a memória refere-se a um processo dinâmico que relaciona-se a uma habilidade decorrente da contínua alteração sináptica nos neurônios constituintes dos mapas neuronais, o que permite que ocorra uma determinada categorização inicial e outras posteriormente. Certos grupos neuronais são unificados em mapas, dispostos de um modo que sejam preservados o padrão das relações entre uma camada de receptores sensoriais e uma camada de tecido nervoso cerebral para qual os estímulos sensoriais seriam transmitidos, ou entre duas camadas de tecido neural. Os diversos mapas interagem entre si de forma que durante todo o tempo há múltiplas reentradas nos grupos que são categorizados em outras redes e mapas. Diferentes tipos de mapas são encontrados nas diferentes partes do cérebro. A recordação surge tanto a partir da influência de contextos em permanente alteração, quanto de modificações na estrutura e na dinâmica destes grupos

neurônais. Isto é, as atividades de um grupo de neurônios interligados adquirem significação não apenas por causa das ligações anatômicas e dos mecanismos fisiológicos de que depende o funcionamento desse grupo, mas também por causa de seu contexto e da história de seus sinais recebidos.

Segundo Edelman, existe um conjunto de regras que regem as alterações sinápticas. As mudanças moleculares ocorrem dentro dos neurônios e nas sinapses, de forma que os neurônios tendem a ser ativados por estímulos semelhantes em ocasiões posteriores. Variações particulares são selecionadas pelos estímulos, assim sendo, um grupo que responda a um estímulo à medida em que suas ligações são fortalecidas, pode alterar a força de suas ligações com outros grupos e integrar neurônios provenientes deles em sua própria atividade de resposta.

Neste ponto de vista, a percepção, a aprendizagem e a memória estão indissociavelmente associadas e suas ações implicam na atividade de grande parte do sistema nervoso, assim como do sensório-motor. A recategorização depende tanto do movimento quanto da sensação, constituindo-se como uma habilidade adquirida ao longo da experiência. Recordamos informações em contextos diferentes, o que requer a ativação de diferentes mapas, que interagem de maneiras que diferem das do contato inicial com a informação e levam a sua recategorização. Não se trata de simplesmente armazenar imagens e fragmentos, mas sim da capacidade de categorizar de maneira interligada.

Ao desconstruir a noção de memórias permanentes substituindo-as pela memória como categorização, Edelman rompe com o pensamento anterior, inclusive o freudiano; no entanto sua teoria diz respeito à formação de categorias perceptivas. Para Edelman, toda pessoa é única, as percepções são criações e as lembranças fazem parte de um processo contínuo de imaginação, de forma que a vida mental não é reduzida à moléculas. Entretanto, a

questão das funções mentais superiores como a linguagem e a consciência ainda merece reflexão.

A memória recategorizada a posteriori transforma e atualiza o passado em presente, o que nos levanta a questão de até que ponto as lembranças, no processo demencial, não poderiam ser organizadas de acordo com um critério de valor estabelecido a partir do desvanecimento subjetivo decorrente da doença?

Israel Rosenfield (1994), tomando como base as formulações de Edelman, afirma que no caso das lesões cerebrais não são as lembranças que se perdem, mas sim a forma como os estímulos se interrelacionam. Em decorrência disto, em determinadas lesões o cérebro é forçado a substituir as relações pré-existentes entre os estímulos por outras, que na situação, é o melhor a ser feito. Trata-se de uma reorganização, recategorização a partir da modificação entre a atividade cerebral e o ambiente. Este processo de recategorização rompe com a tese localizacionista de que informações específicas podem ser selecionadas pelos vários centros especializados do cérebro. Caso o cérebro apenas selecionasse informações, a presença do ambiente seria irrelevante. Portanto, o cérebro precisa determinar quais as combinações de estímulos úteis, com a finalidade de criar as categorias e organizações que constituem as informações fornecidas pelo ambiente. Segundo Rosenfield, as emoções são poderosos organizadores dos pensamentos e ações e, por conseguinte, da atividade cerebral.

Ao argumentar contra a teoria localizacionista, Rosenfield ressalta as visões do neurologista John Hughlings-Jackson e de Freud, na medida em que ambos reconhecem que a atividade cerebral relaciona-se a determinados contextos. Hughlings-Jackson afirmava que o estado interno só tem sentido em relação a um contexto ambiental específico, conseqüentemente, atividades cerebrais semelhantes podem ter sentidos muito diferentes. A capacidade de criar sentidos inéditos ou diferentes rearranjando os estímulos em novos

contextos é característica da função cerebral em geral. Em seus estudos sobre a afasia Hughlings-Jackson, em 1879, postulava que nos casos de lesão cerebral não são as lembranças que se perdem, mas a capacidade de estabelecer correlações é destruída. As vocalizações que exigem pouco dessa capacidade persistem, dando a ilusão de que algumas memórias foram poupadas enquanto outras não. Estes estudos são importantes por sugerirem a capacidade organizacional na criação das lembranças e a importância das emoções nesta organização.

Para Rosenfield, a simples organização das vocalizações não é suficiente para criar uma recordação, porque as recordações sem afeto não são recordações.

*“As emoções são essenciais para criar uma memória, porque a organizam, estabelecendo sua importância numa seqüência de eventos, exatamente como o sentido do tempo e da ordem é essencial para que uma memória seja considerada uma memória, e não um pensamento ou uma visão num instante particular, não relacionado com acontecimentos passados”* (Rosenfield, 1994:76).

#### **4.3 – A MEMÓRIA FREUDIANA CATEGORIZADA**

Justamente na relação entre memória e afeto está a visão freudiana que enfatiza que não se recorda experiências passadas que tenham sido separadas do seu contexto emocional original. Sem afeto, as lembranças tornam-se irreconhecíveis de forma que *“o que resta na consciência não passa de seu conteúdo ideativo, o qual é inteiramente desinteressante e considerado sem importância”* (Freud, 1909:198). Em Freud, a memória está mais ligada à repetição<sup>11</sup> do que a rememoração propriamente dita. Isto porque o inconsciente é, também, uma memória que se atualiza em nossos atos, nossos sonhos, nossos sintomas:

<sup>11</sup> A repetição é uma das dimensões que constituem o inconsciente, tratando-se de uma insistência repetitiva em reencontrar o objeto perdido. Busca esta destinada ao fracasso, mas que não diminua a insistência da perseverança. Ao longo da teoria freudiana, a repetição passará por diferentes formulações que passam desde o retorno do recalado até a repetição como constituinte e constitutiva do sujeito.

*“o paciente não ‘recorda’ coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou ‘atua-o’. Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; ‘repete-o’, sem naturalmente, saber que o está repetindo”* (Freud, 1914a:196).

As recordações para Freud podem ser pensadas como “recategorizações” de eventos passados, que derivam sua significação dos afetos a eles associados. Assim, a rememoração não traz uma reprodução fiel da história, de forma que as lembranças não entram na consciência sem modificação. Em Freud, esta categorização se daria a partir dos deslocamentos, condensações, recalque, transferências e retornos próprios do psiquismo.

Para Rosenfield uma memória transforma-se em memória propriamente dita no contexto do presente, organizando e recebendo sentido no aqui e agora. Neste ponto de vista, as imagens ambíguas da memória observadas por Freud, seriam uma falta de contexto e não condensação e deslocamento<sup>12</sup>. Ressalto que tanto em Rosenfield como em Freud reconhecemos que as lembranças podem ser pensadas como interpretações de impressões anteriores no contexto atual, ou seja, o sentido do passado é atribuído principalmente no presente. As lembranças representariam uma categorização (no que elas possuem de elo entre o ontem e o agora) de fatos passados e presentes coloridos por um afeto comum. Em função dos acontecimentos, do contexto, essas lembranças adquirem, no momento atual, um novo sentido de forma que podem não ser realmente os acontecimentos passados, em si, recordados.

Nossas recordações dependem do ponto de vista a partir do qual as olhamos, de forma que a continuidade estabelece-se na mistura entre os acontecimentos separados no tempo, mas que afetivamente tornam-se uma lembrança atemporal. Assim sendo, as lembranças seriam

<sup>12</sup> A condensação representa um dos modos essenciais do funcionamento inconsciente, refere-se a uma representação que concentra em si mesma várias cadeias associativas. Já o deslocamento trata da intensidade de uma representação passar para outras representações ligadas à primeira por uma cadeia associativa. (Laplanche e

novas criações, impressões que se relacionam com os eventos atuais e os do passado, vivenciais ou não. Relembro aqui de João, um paciente com demência vascular, que no aqui e agora do presente, sob a ótica da doença, atribui um sentido particular a sua perda de memória, que na cadeia associativa liga-se aos afetos pertencentes a sua própria velhice, seu medo da morte e, principalmente, sua relação com seu pai: *“Algumas sessões mais tarde queixa-se de que a memória está falhando, faz força para lembrar algumas coisas, mas não consegue. “E aí?” pergunto. “E aí nada”, responde, “é coisa de velho”, mas completa dizendo que seu cunhado morreu e que sonhou com a casa do pai ‘70 anos, mas estou bem, não vou chegar aos 80, meu pai morreu com 82’”*.

Os autores estudados das neurociências afirmam que não existem recordações específicas em nosso cérebro, mas sim meios de reorganizar as impressões passadas, atribuindo ao mundo incoerente e onírico da memória uma realidade concreta. Assim, a memória não seria fixa, mas uma recriação do passado em constante evolução, o que nos dá um sentido de continuidade e existência, com passado, presente e futuro. Trata-se de um sistema em evolução dinâmica.

O senso de continuidade é dado pela organização e categorização. *“A médica lhe falou sobre a isquemia e pediu novos exames. A partir deste ponto, em todas as sessões posteriores João mostra-me o pedido dos exames dizendo que vai investigar “a cuca” para saber se está tudo funcionando bem. Diz que tem medo de morrer dormindo como a irmã, por isso às vezes acorda a noite e fica na janela sentindo o coração apertado. Sente-se velho, a esposa está sempre falando que precisa deixar de ser garotão e paquerar. João conta que gosta de ser garotão, foi assim a vida toda, mas as pessoas cobram que envelheça pois depois dos 70 anos fica-se devendo e a qualquer momento pode ser chamado lá para*

---

Pontalis, 1983). Condensação e deslocamento para Rosenfield seria apenas uma inespecificidade dos conteúdos e não a mistura de lembranças específicas.

*cima. Volta a falar da morte do pai, chorando muito, repete que o pai morreu em seus braços, abandonou o pai, mas estava lá para sustentá-lo.*” A categorização dos acontecimentos do presente, em termos da experiência passada, estabelece a continuidade. A possibilidade de no presente lembrar momentos de sua história instaura os sentimentos de pertencimento, continuidade e, principalmente, reconhecimento de si que se contrapõem ao medo da doença, da morte e de uma percepção de que não lhe é mais possível ser como antes.

Também em Freud, encontramos a noção de que no cérebro, os processos são dinâmicos e sujeitos a rearranjos e categorizações sucessivas. Ao relatar seus estudos sobre a afasia, ele argumenta que em pacientes com lesão cerebral não se pode pensar em pedaços e fragmentos de conceitos e associações, mas em novos arranjos da informação exigidos pela lesão. Podemos assumir para as lembranças o mesmo valor de verdade desta proposição, de forma que as lembranças são uma categorização a partir de uma disposição específica. A carta 52 de Freud trata da constituição da memória:

*“... a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos; (...) ela é registrada em diferentes espécies de indicações, ou seja, a memória é formada a partir de um processo essencialmente descontínuo, onde os traços mnêmicos se inscreveriam no psiquismo segundo diferentes camadas e sujeitos a rearranjos ou retranscrições que iriam variar de acordo com o tempo<sup>13</sup>”* (Freud, 1896:317).

Gondar (1995) ao comentar esta carta afirma que não há

*“ a hipótese de uma temporalidade sucessiva que se expressaria na determinação de um passado finalizado sobre o presente. O que há é a criação e a recriação constante de um passado – o reordenamento da memória – segundo novas articulações”* (Gondar, 1995:47).

<sup>13</sup> A teorização de Freud sobre a memória surge como uma das fundamentações da formulação atual de Edelman, que afirma que a memória está relacionada a uma recategorização da experiência. Entretanto para Freud memória e consciência excluem-se e nas teorias atuais encontram-se articuladas.

Isto significa que a partir de uma nova disposição elas seriam recategorizadas, o que nos leva a pensar que as memórias não são fidedignas. Freud, ao teorizar a neurose obsessiva observa que:

*“E quando o paciente obsessivo toca o ponto fraco na segurança de nossa vida mental – a falta de confiabilidade da nossa memória – a descoberta o capacita a estender sua dívida por sobre tudo, até mesmo sobre ações que já foram executadas e que, até então, não tiveram conexão alguma com o complexo amor-ódio, bem como por sobre o passado inteiro” (Freud, 1909:244).*

Tal como na neurociência atual, Freud em 1909, nos mostra que não há recordação sem contexto - aqui entendido como afeto. Desta forma, podemos pensar nas memórias, não mais como engramas imutáveis, mas como um processo dinâmico de novas criações. Confirmando a afirmativa freudiana que lembranças sem afeto não são lembranças Pierre Gloor, um neurologista, afirma que:

*“a ligação de um significado afetivo ou motivacional a um percepto talvez seja a contribuição límbica para esse processo. Talvez isso seja uma pré-condição para que o percepto seja conscientemente vivenciado ou recordado e, talvez implique que todos os acontecimentos (...) tem que assumir algum tipo de dimensão afetiva, por menor que seja” (Gloor apud Rosenfield, 1994: 179)*

Afetos são parte essencial na criação e categorização das lembranças. No rastro da destruição causada pela demência encontramos várias áreas cerebrais degeneradas e desativadas; estas são degenerações físicas que ligam-se à alterações, na história e na própria subjetividade influenciando na visão de mundo e no reconhecimento de si. Entretanto, não podemos deixar de enfatizar que as memórias que permanecem, mesmo nos estágios mais avançados, guardam algum traço de afeto que justifique, em si, sua presença. Cabe, no entanto, uma reflexão sobre o fato de que na demência os caminhos para a recategorização estão prejudicados, de forma que ela é feita com o que sobra, assim talvez a aparente superficialidade de algumas lembranças, relatadas por pacientes em estágios mais adiantados,

estaria relacionada à uma impossibilidade de organização, tornando-as, nesta ausência, não mais do que fragmentos, fragmentos de si.

## CAPÍTULO 5

### HÁ MENOS DE MIM HOJE DO QUE HAVIA ONTEM

*Leo inicia a sessão contando que quando acordou não conseguia lembrar-se de onde estava. Depois mostra-me algumas fotos de sua juventude. “Quem olha para mim agora não acredita que um dia fui assim”. Comenta que está esquecendo cada vez mais e conta-me vários episódios onde percebe que esqueceu alguma coisa. “E o que significa isto para você?”, pergunto. Responde que não se incomoda muito porque esta inerte, depois fala que um amigo lhe contou sobre o prognóstico de sua doença: “É muito ruim ficar sem memória, uma pessoa sem memória ninguém conversa, não pode falar nada”. Fala que se sente só e do quanto sua memória do “passado” ainda persiste. “Não consigo lembrar de muitas coisas de agora, aquelas do cotidiano, mas do passado lembro de quase tudo”. Conta o caso de uma amiga, a quem ajudou a decorar um apartamento. “Eu preciso ter uma amiga, alguém para conversar, sinto muita falta disto”. Conta que se esforça mas sua memória vai se esvaindo “o duro deste diagnóstico é saber que vou morrer sem saber quem sou, ando com um papel na carteira porque tenho medo de sair na rua e não saber como voltar para casa”. Diz que às vezes tem a impressão de que está regredindo, exemplifica com uma situação onde foi à farmácia e acabou “sendo convencido” a comprar uma tintura para que os cabelos voltassem a sua cor natural. “E naquele momento qual era a cor natural de seus cabelos?” pergunto. Diz que eles eram escuros, “eu queria regredir, uma infantilidade, foi muito errado, agora lavo os cabelos desesperadamente para que essa cor saia”. “Não se trata de infantilidade, mas não será que, naquele momento, não foi essa a forma que você encontrou de tentar freiar este processo? Não seria esta uma forma de buscar um outro Leo, aquele que você conhece bem e que não tinha estas amnésias que o preocupam tanto?” “É, estou muito preocupado comigo, não sei como será o futuro”.*

O corpo não é apenas biológico, ele tem uma representação, uma erogeneidade, uma imagem inconsciente de si. Assim, o que é perder a integridade da imagem que alimento de mim mesmo? Sofrer a dor de perder o que me garante como Eu?

Ao nos referirmos ao impacto da demência sobre o psiquismo estamos tratando de profundas mudanças e alterações relacionadas não apenas à fragmentação e desvanecimento da integridade do corpo e da imagem por ele alimentada, mas principalmente ao senso de unidade do próprio Eu. A perda da imagem, a perda do senso de continuidade e a conseqüente perda do que me garante como Eu são os pontos centrais no que se refere a experiência subjetiva causada pelo processo de degeneração cerebral.

Inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas no sentido de estudar o impacto da doença no ambiente familiar e nos cuidadores. Cuidar de alguém em processo demencial é considerado altamente doloroso e cansativo, pois demanda tempo, energia e paciência. O cuidador nunca sabe exatamente quais as necessidades do paciente, pois estas mudam continuamente. Com freqüência, os cuidadores mencionam ter a impressão de “estar um passo atrás do paciente”(O’Connor, 1993), além de serem confrontados com sentimentos de impotência, culpa, perda de controle sobre o ambiente e a inadequação dos seus esforços. Estes sentimentos podem resultar em uma percepção de incapacidade pessoal, além do aumento de problemas físicos, descontrole emocional, depressão e agressividade.

Segundo Orona (1990), do ponto de vista dos familiares, também constitui-se uma relação entre temporalidade e perda subjetiva, a qual estaria relacionada a alguns aspectos tais como: a perda da memória de eventos significativos que, ao longo do tempo, são compartilhados marcando um mútuo entendimento sobre o passado, a consciência de si mesmo e a do outro. Assim sendo, talvez seja possível afirmar que a partir do início do processo, as relações entre passado, presente e futuro são ressignificadas e novos parâmetros de identidade para o portador da demência são constituídos, na medida em que a memória do familiar passa a funcionar como uma “prótese”. A perda da memória leva não só ao desvanecimento do Eu e da consciência de si mesmo, como também do mundo como um

todo, na medida em que os lastros identificatórios são progressivamente desfeitos. Desse modo não é mais possível validar tanto a própria existência passada, como a do outro:

*"I knew I was losing her... when she did not recognize me, that's what bothered me the most. I'm under the illusion – well, she birthed me. I know she knows me. I've been here and I know she knows me! But she didn't know me. And that was very traumatic for me"* <sup>14</sup> (Orona, 1990:1254).

O significado especial emergente do campo dos assuntos da vida cotidiana é outro ponto importante. Ao longo do tempo, nas interações sociais, são estabelecidos gestos, atitudes, idiossincrasias e nuances do dia a dia que possibilitam tanto o reconhecimento do outro, assim como o seu próprio. Para os familiares, as indicações sobre a perda subjetiva do paciente estão centradas, a princípio, nas atividades diárias, onde o sujeito deixa de ser ele mesmo por não reconhecer ou não saber orientar-se em meio a coisas e atividades que sempre lhe foram familiares. Cabe ressaltar que embora seja inegável a importância das interações sociais na construção da identidade, sua formação e transformação básicas são experienciadas de forma subjetiva, em um tempo singular.

A perda da *pessoa como era antes* não ocorre sem luta por parte dos familiares e cuidadores. Esta luta acontece principalmente na arena da vida cotidiana, através da tentativa da manutenção das especificidades que constituem a identidade. Deste modo, por exemplo, a ausência de algum tipo de atitude familiar torna-se um indicativo da perda subjetiva. Também algumas pistas são imediatamente percebidas como problemáticas, mesmo para observadores não íntimos, como por exemplo o dirigir, o orientar-se e o lidar com dinheiro. As primeiras reações ao impacto da doença são o que se pode chamar de explicações normalizadoras do comportamento. Isto é, as atitudes diferentes são atribuídas à própria velhice, à aposentadoria

<sup>14</sup> Preferi não traduzir a citação para manter seu impacto. Tradução: Sabia que estava perdendo-a ...quando ela não me reconheceu, isto foi o que mais me incomodou. Eu tinha a ilusão...bem, nasci dela. Sei que ela me conhece. Estou aqui e sei que ela me conhece! Ela não me conhece. Isto é o mais traumático para mim.

ou a um pouco de “esclerose”. Assim, os familiares lutam para manter vestígios da *pessoa como era antes* até mesmo quando não é muito claro se o paciente sabe o que está acontecendo. Entretanto, é chegado o momento onde não há como negar que algo está errado, mas o quê? Relembro aqui o objetivo de, neste trabalho, dar voz e escutar alguém que vem perdendo a voz desde muito antes do diagnóstico.

### 5.1 - O EU

Normalmente, a velhice e as perdas dela decorrentes poderia ser pensada como um teste ao narcisismo e ao senso de integridade e identidade. Assim sendo, diante da degeneração patológica causada pela demência, não há como negar que a doença ataque o que o sujeito tem de mais singular: sua consciência de si como si mesmo, pois não há mais a continuidade do experienciar-se.

O Eu<sup>15</sup> permanece através do tempo por meio de um senso de identidade, constituído internamente, ainda que ao mesmo tempo necessite da aprovação externa, o que pode sustentar ou fragmentar este processo. A continuidade da sua história é um dos ingredientes cruciais que reafirma ao Eu seu senso de identidade, coesão e sua consciência de si mesmo. A continuidade deste experienciar-se é obtida, também, através da memória e, o triste da demência reside no fato de que o sujeito irá sobreviver fisicamente ao progressivo desvanecimento de si mesmo.

*“No theory of medicine can explain what is happening to me. Every few months I sense that another piece of me is missing. My life... my self ... are falling apart. I can only think half thoughts now. Some day I may wake up and not think at all ... not know who I am. Most people expect to die some day, but who ever expected to lose their self first”<sup>16</sup>*

<sup>15</sup> Optei pela utilização do termo Eu por ser a tradução direta do alemão ich, além de enfatizar melhor a idéia de unidade que se desvanece na demência.

<sup>16</sup> Cohen, D. 1986:22 – relato do diário de um paciente com demência. Tradução: Nenhuma teoria da medicina explica o que me acontece. A cada mês sinto que outro pedaço de mim está faltando. Minha vida...meu

Ao Eu não é garantida a persistência no tempo, ainda que ele tente manter esta ilusão. Tornando-se outro, alterando-se, aceitando perceber-se diferente do que era, movimentando-se, irrompe a diferença de si para si mesmo dentro da linha da sua própria continuidade. O Eu antecipa e investe tanto em um espaço de tempo futuro, quanto num vivido, uma constante tentativa de contornar a imprevisibilidade deste investimento pois, pode ser que o tempo talvez não seja mais seu. Segundo Aulagnier <sup>17</sup>(1989), sempre existirá uma incerteza no que se refere ao senso de continuidade do Eu, pois a própria temporalidade lhe acena com o imprevisível e a precariedade, instaurando a percepção da falta.

*“...com o Eu – e sempre insisti sobre esta consequência fundamental para o funcionamento do pensamento – faz irrupção na psique a categoria de temporalidade. A tarefa do Eu é a de tornar-se capaz de pensar a sua própria temporalidade: para tanto, precisa antecipar e investir num espaço – tempo futuro, ao mesmo tempo que a experiência do vivido é suficiente veloz para lhe revelar que ao fazê-lo, investe não apenas num imprevisível, mas num tempo que talvez ele não viva. Em outros termos, investe num “objeto” e numa “finalidade” que possuem as características que o Eu mais detesta: a precariedade, a imprevisibilidade, a possibilidade de faltar... O Eu pode não conseguir se tornar pensável para si mesmo, não conseguindo, portanto, tornar pensável e passível de investimento seu próprio futuro. Assim ele se torna incapaz de investir o que o fluxo temporal lhe impõe como diferença entre ele mesmo tal como se pensa e ele mesmo tal como se tornará e tal como se descobre ‘tornando-se’”(Aulagnier, 1989:19/20).*

Aulagnier (1989) afirma que em um primeiro momento o Eu é um nome, um discurso falado por um outro. Estes são enunciados do exterior dos quais a criança se apropria através da repetição. Paulatinamente, o Eu começa a tomar posse destes enunciados até que possa denominar-se como agente desta atividade. No princípio, a tarefa de pensar seu futuro é

---

Eu...estão separando-se. Só tenho meio pensamento agora. Algum dia acordarei e não pensarei... não saberei quem sou. Todos esperam morrer um dia, mas quem esperaria perder seu Eu primeiro.

deixada durante certo tempo a um outro, mas na medida em que apropria-se e investe em seus desejos, pressupõe-se que o Eu invista em um futuro que não é mais o simples desejo do retorno do passado. O Eu funciona mediante a apropriação de uma aspiração identificatória – o ideal. Apenas desta forma ele tem a possibilidade de investir em sua própria mudança e alteração, bem como nos objetos de seu investimento.

O Eu é um combatente que nunca totalmente ganha ou perde a batalha que é tomar posse e defender seu lugar de forma a poder se orientar e investir, nunca protegido do risco de ser invadido e colonizado ou por um adversário interno ou, pelo mundo exterior. Para se precaver destes perigos cabe ao Eu tentar manter sua integridade psíquica e corporal.

*“Mas acontece que o Eu perdeu a maioria dos documentos que mostrariam como, desde seu advento, desmatou centímetro por centímetro uma pequena superfície do espaço psíquico a fim de torná-la habitável; como conseguiu, num combate desigual, desalojar esses seres arcaicos e fantasiados que eram os primeiros e únicos habitantes desse terreno; como teve que se aliar, para isso, ao Eu daqueles que já tinham feito esse trabalho na sua própria psiquê, conseguindo, simultaneamente, recusar-lhes o direito de serem os únicos a decidirem sobre as culturas permitidas ou interditas. Para testemunhar que este espaço é realmente o seu, que seu passado de proprietário atesta aos olhos da “lei” que ele não é nem um usurpador, nem um estrangeiro intrometido num local do qual não conheceria nem a língua nem os interditos, nem as referências espaço-temporais, o Eu só encontrará nos seus arquivos breves relatos, mais ou menos verídicos, alguns contratos, mais ou menos prescritos, alguns boletins de vitória ou de derrota, que só dizem respeito a uma pequena parte das batalhas marcantes de sua história e, além disso, privilegiadas por razões que muitas vezes lhe são enigmáticas. A tarefa do Eu será transformar esses ‘documentos fragmentados’ numa construção histórica que dá ao autor e aos seus interlocutores a sensação de uma ‘continuidade temporal’” (Aulagnier, 1989:208, grifos da autora).*

Este é o percurso que fornece as condições para a ligação entre o que foi e o que é, o que possibilita projetar-se no futuro em busca de um devir onde residem tanto a mudança quanto a preservação do próprio e singular. É neste reconhecimento do que permanece e do

---

<sup>17</sup> Ainda que o conceito de Eu de Aulagnier seja mais abrangente do que o freudiano, optei por utilizá-lo pois, trata-se de um conceito onde está ressaltado o seu caráter de historiador.

que se transforma que torna-se possível o encontro, no futuro, com um *conhecido* passível de ser investido como si próprio.

Pensar em um Eu historiador, tal como o descrito por Aulagnier, significa apreender que, a partir de fragmentos, uma história pode constituir-se, com o Eu deslizando constantemente de protagonista a coadjuvante de uma história que é sua, mas não totalmente. Através da história da relação mantida com seus objetos, que se mantêm e movimentam-se, possibilitando um conhecimento e reconhecimento destes como suportes de seus investimentos narcísicos e sexuais, é que o Eu pode construir parte de sua própria história. Assim, quando um acontecimento ligado à dor ou emoção irrompe, a construção feita desta ocorrência dependerá não só da conexão particular entre o corpo e a psiquê, mas também da resposta que a dor ou a emoção geram no outro. Emoção e dor vão formando sucessivas representações do corpo, que se articularão com as motivações inconscientes e, juntas decidirão sobre a eleição da causa à qual será atribuído o sentido histórico dos acontecimentos na vida. Portanto, a história do sujeito é a história das marcas relacionais em seu corpo; trata-se de uma história escrita através da atribuição de sentido e que jamais se completa.

Mas quem é o Eu?

A noção de Eu está presente ao longo de toda a obra freudiana, em diferentes contextos conceituais. Estas nuances de significados, no entanto, nem sempre são consideradas por Freud em suas elaborações, como por exemplo ao delegar ao eu-instância (aquele que acumula funções de síntese e mediação entre o Isso, Supereu e o mundo externo) os mecanismos próprios a um Eu-indivíduo (o que distingue o todo da personalidade em oposição a outras pessoas).

Nos primeiros textos freudianos, aqueles referentes à primeira tópica, o desenvolvimento do Eu diz respeito ao amadurecimento psicomotor do indivíduo, o que

repercute no amadurecimento das relações da consciência e da percepção. Neste momento o Eu tem função de censura e defesa. A libido, por sua vez, obedeceria a um curso não-linear, sendo retida ou regredindo para uma relação inconsciente com o mundo. Até este ponto encontramos a dualidade entre as pulsões de auto-conservação, aquelas do Eu, e as pulsões sexuais. O conceito de narcisismo é justamente o ponto onde os desenvolvimentos do Eu e da libido se encontram, o que abala toda a teoria inicial, uma vez que o Eu torna-se também objeto de amor, passível de investimento libidinal.

Em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914b) fundamenta-se o pressuposto de que o Eu não existe desde sempre, mas teria que ser desenvolvido. No princípio havia apenas o Isso; o Eu é uma parte deste Isso modificada por influência do mundo externo. Na medida em que o Eu passa a ser investido, a partir do narcisismo, como uma totalidade unificada e distinta do objeto e não mais como um corpo disperso, encontramos o início do seu processo de desenvolvimento.

*“O desenvolvimento do ego consiste num afastamento do narcisismo primário e dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado. Esse afastamento é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do ego imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela realização desse ideal” (Freud, 1914b:117).*

O Eu, então, passa a ter um papel fundamental na movimentação da libido, a qual é enviada para os objetos e reflui destes investimentos para ele, sempre pronto para absorvê-la.

O narcisismo é considerado como um dos fatores que leva ao descentramento do Eu, consolidado na teoria freudiana a partir de 1920. Alguma instância estaria para além do Eu, instância que ditaria qual o modelo do objeto a ser amado, para que o próprio Eu possa figurar como um dos possíveis objetos de investimento – o Isso.

Em *O Ego e o Id* (1923) é apresentada a segunda tópica freudiana onde estão descritas as três instâncias psíquicas. A partir de então, o Eu acumula as funções da consciência e a

maior parte das funções do sistema pré-consciente, sendo, porém, considerado em grande parte inconsciente. O Eu é a superfície do psiquismo tendo como núcleo o sistema *pcpt-Cs*. Além disso funciona como órgão endoperceptor, já que proporciona a ligação do psiquismo com o mundo externo. O Eu é a parte do inconsciente modificada pelo mundo externo, aquela que procura usar este mundo para influenciar e domar os impulsos inconscientes. A ele também é atribuída uma importância funcional, na medida em que lhe cabe o controle sobre a motilidade, de forma a poder transformar em ação as vontades do Isso.

Segundo Freud, o corpo é o lugar de onde originam-se tanto sensações externas quanto internas, o que lhe reserva uma posição especial entre os objetos do mundo. Assim, a forma como percebemos nossos corpos durante as doenças, por exemplo, será o reflexo da maneira de como os compreendemos em geral. Em sendo a superfície do psiquismo, o Eu é antes de tudo corporal, a projeção de uma superfície, de sensações corporais.

Sobre a história de sua constituição, a princípio o Eu percebe as tendências eróticas provenientes do Isso como necessidades. O Eu perceberá estas necessidades e escolherá sujeitar-se a elas ou tentar desviá-las. Os investimentos objetais que necessitam ser abandonados, regressivamente tornam-se identificações, o que define o Eu como formado por estas identificações que substituiriam os investimentos objetais abandonados pelo inconsciente. A partir disso, ao Eu caberá controlar e distribuir a energia pulsional do Isso, atendendo às exigências da realidade e do Supereu, podendo direcionar os investimentos para determinados objetos ao mesmo tempo em que molda-se de maneira a tornar-se também um objeto satisfatório às demandas inconscientes. Na medida em que é libidinalmente investido, ele passa a ser fonte e objeto de investimento.

Assim, o Eu se constitui articulado com o narcisismo, sendo a função de ideal sua grande instituição. A conceituação inicial do ideal do eu também surge no texto sobre o narcisismo (1914)<sup>18</sup>.

O eu ideal<sup>19</sup> é uma imagem idealizada do Eu constituída a partir das aspirações parentais. Isto porque o recém-nascido é investido de tal maneira que nele são projetadas todas as idéias de perfeição e sonhos aos quais os pais tiveram que renunciar, de forma que “sua majestade o bebê” representará a reprodução do narcisismo dos pais. Quando a criança vê-se confrontada com os ideais impostos pelos desejos parentais, quando a mãe “falha” porque olha para outros objetos que não ela, quando deve esperar pela satisfação, percebe que já não é mais majestade, e profunda é a ferida no narcisismo marcado pela segurança do amor incondicional e imediato. A partir deste momento, todo esforço residirá em se fazer amar pelos outros tentando reproduzir a situação de onipotência, sem jamais consegui-lo.

Este eu ideal cede espaço para outra imagem idealizada, um Ideal do Eu, baseado nos imperativos sociais e culturais transmitidos pelos pais. Ao ideal do eu estão reservadas as funções de auto-observação, consciência moral, a censura onírica e o exercício do recalque. Trata-se, também, do veículo pelo qual o Eu se avalia, pois ele passa a confrontar-se com este ideal, a partir do qual é medido e estimulado a cumprir uma exigência de perfeição cada vez maior. O ideal do eu corresponde a um conjunto de representações, impressões, vivências instituídas em primeiro lugar pelas figuras parentais e depois pela sociedade e pelas leis. Aí

---

<sup>18</sup> A partir do narcisismo passa a ser considerada a cisão do Eu. O conceito de ideal do Eu define-se como o substituto do narcisismo perdido da infância, no qual o indivíduo encarnava o próprio ideal. Este conceito aponta para a cisão dentro dos limites do próprio Eu.

<sup>19</sup> Segundo Laplanche e Pontalis (1983) não se encontra em Freud uma distinção entre o ideal do eu e o eu ideal, entretanto alguns autores como Lacan, por exemplo, os diferenciam. Em Os escritos técnicos de Freud (1953/1954) Lacan afirma que o ideal do eu é o outro como falante, o que mantém com o sujeito uma relação simbólica. O eu ideal é uma formação narcísica, construída na dinâmica do estágio do espelho, de registro imaginário, uma aspiração ou um sonho. (Roudinesco, 1998).

estão representadas as exigências a que o Eu terá que satisfazer e que se situam no lugar da lei.

Enquanto que o eu ideal é efeito de um discurso idealizante, de aceitação incondicional, o ideal do eu é efeito de um discurso de julgamento e crítica. Segundo Borges (1996), a partir do valor a ele atribuído pelo Eu, o ideal é obrigado a funcionar como obrigam os mandatos e os ideais narcisistas. Assim, estes ideais projetam-se nos objetos do mundo externo reproduzindo uma relação semelhante à da criança com seus pais.

*“São investidos com todo o narcisismo que impregnava o eu. Toda a onipotência, a auto-suficiência e a superestimação que caracterizavam o eu em seu período narcisista absoluto, que no momento da relação narcisista, passam a ser atribuídos ao objeto, desenvolvem com este uma relação de máxima dependência na qual o eu experimenta todo o seu desvalimento, toda a sua necessidade e todo o seu ser indefeso. Às vezes, os pais, os educadores, nunca isentos de traços narcisistas, favorecem e mantêm a idealização. Esta relação, embora de objeto em sua manifestação, é intensamente narcísica em sua estrutura. É uma relação que se coloca em um antes da diferença dos sexos, é uma relação com uma imagem de si mesmo, digamos, projetada no objeto”* (Borges, 1996).

Portanto, o que é projetado pelo Eu é uma imagem de si idealizada, substituta do narcisismo infantil, perdido. Fica a questão sobre a constituição de uma humilhação narcísica decorrente da percepção de que na demência este ideal não existe mais diante de si. Diante do desamparo causado pelo desvanecimento, que ideal poderia o Eu projetar?

## **5.2 - A IMAGEM**

Nossas experiências dependem da integridade de nosso organismo, assim como das lesões que nos acometem. Estas lesões podem provocar alterações em nossa imagem – passageiras ou não. Mas o que seria esta imagem? De que se constitui esta imagem que faz com que nos percebamos como nós mesmos?

Segundo Schilder (1980), a construção da imagem de si ocorre através do contato com o mundo externo. Isto é, esta imagem constitui-se tanto através do interesse que temos por nosso corpo, pela quantidade de libido que nele investimos, assim como através do interesse demonstrado pelos outros, pelo mundo externo.

*“A construção da imagem corporal se baseia não apenas na história individual da pessoa, como também em suas relações com os outros. A história interna é, também, a história de nossas relações com outros seres humanos”*(Schilder, 1980:123).

De acordo com Dolto (1984) a evolução saudável de um sujeito, simbolizada por uma imagem sã depende, entre outras coisas, da sua relação emocional com seus pais. Isto é, a criança pode ser investida narcisicamente por ser amada tal como é ou, ao contrário, não ser amada, reconhecida ou comentada. Ao ser reconhecida como sujeito de seus desejos está dado o passo inicial para a construção da sua imagem de si. Cabe ressaltar que não estamos nos referindo ao esquema corporal, que define o indivíduo enquanto representante de uma espécie e marca a percepção do corpo no espaço. O esquema corporal, no entanto, torna-se o intérprete da imagem do corpo na medida em que transforma-se em veículo de uma ligação afetiva do sujeito com o outro.

A imagem do corpo é peculiar a cada um pois está ligada ao sujeito e sua história, sendo assim a síntese de nossas experiências emocionais. Segundo Dolto, é a *“encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante e, isto, antes mesmo que o indivíduo em questão seja capaz de designar-se a si mesmo pelo pronome pessoal Eu e saiba dizer Eu”* (Dolto, 1984:14/15). É nesta imagem, suporte do narcisismo, que encontramos o cruzamento do tempo com o espaço e onde o passado inconsciente atualiza-se no presente, pois na atualidade algo de um tempo passado está sempre sendo repetido. Assim, podemos pensar que a reação à agressão causada a esta imagem é condicionada pela história pessoal, pelo seu investimento narcísico. Inscrevem-se na imagem do corpo nossas experiências mais primárias, valorizantes

ou não, que nos investiram narcisicamente ou não, dentre as quais, predominantemente, o contato com a mãe.

A imagem do corpo é, por ser inconsciente, um “Isso relacional” (Dolto, 1984). É na medida em que esta imagem estrutura-se na relação intersubjetiva que a interrupção desta comunicação pode ter efeitos dramáticos. Alguns destes efeitos são bem conhecidos nas relações mãe/bebê, mas o que podemos pensar sobre outras relações, quando no olhar e no dito do outro não mais nos confirmamos ou, então, nos surpreendemos com quem somos? O que pensar do sujeito demente que não dispõe muitas vezes do recurso desta relação, uma vez que está alienado tanto pela sociedade quanto por si mesmo? O homem experiencia mais narcisicamente os sentimentos associados a esta imagem do que as sensações de prazer e sofrimento ligadas ao corpo propriamente dito. Viver sem uma imagem do corpo, ter sua imagem fragmentada, em processo de desvanecimento e não dispor mais do recurso da relação, significa estar mudo, solitário, silencioso, nos limites da miséria humana.

A imagem do corpo é constituída a partir de três modalidades: a imagem de base, a imagem funcional e a imagem erógena. (Dolto, 1984) Estas três modalidades estão associadas entre si refletindo-se em uma imagem dinâmica que constitui e assegura a imagem de si e o narcisismo de cada sujeito.

A imagem de base é o que permite uma “mesmice de ser” (Dolto, 1984), ou seja, uma continuidade narcísica no tempo e no espaço. O narcisismo, parte desta imagem, constitui a vivência do estar-no-mundo. É o que dá o sentido da identidade social, simbólica, atribuindo valor ao nome a partir das instâncias parentais. O sentimento de existir, sustentado no corpo através do narcisismo, provém da ilusão de continuidade propiciada pela imagem de base. Quando esta imagem é ameaçada, desencadeia-se uma defesa, muitas vezes fóbica, contra um perigo que pode ser sentido como persecutório.

A imagem funcional tem a função de permitir uma utilização adaptada do esquema corporal, de forma a mediar a demanda localizada no corpo e em um lugar erógeno possibilitando o alcance do prazer, pois objetiva-se na relação com o mundo e o outro.

A imagem erógena é o lugar onde se focaliza o prazer/desprazer erótico.

A união e a relação entre as três modalidades configura a manifestação de um contínuo desejo de ser e permanecer.

Momento fundamental de integração desta imagem é a formulação lacaniana do estágio do espelho (1949), que carrega a marca original da hipótese de que a formação e representação do Eu é possibilitada pela via de uma imagem integradora – a imagem especular. Quando a criança se reconhece no espelho, tem uma representação de seu corpo unificado, distinta das sensações provenientes de sua motricidade, experimentadas de modo fragmentado. Segundo Lacan, o júbilo da criança frente ao espelho seria o sinal de satisfação e surpresa pela antecipação do reconhecimento de unidade corporal que ela ainda não experimenta por causa de uma defasagem neurológica.

*“Basta entender o estágio do espelho como uma identificação no sentido pleno que a análise dá a este termo: a saber, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem, cuja predestinação a este efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do termo antigo imago. A assunção jubilatória de sua imagem especular pelo ser ainda mergulhado na sua impotência motora e na dependência da nutrição que é o pequeno homem, nesse estágio infans, parecer-nos-á portanto manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica onde o eu se precipita em forma primordial, antes que se objetive na dialética da identificação ao outro e que a linguagem lhe restitua no universal sua função de sujeito” (Lacan, 1949:87).*

Através da experiência do estágio do espelho encontramos a assunção do Eu, pois é neste momento que a criança se apropria de seu próprio corpo armadilhando ali seu narcisismo. A criança não se projeta em uma imagem, mas, inversamente, ela se constitui por esta imagem. Isto é, o reconhecimento da unidade contribui para a formação do Eu, mas vale

ressaltar que antes de ter sua identidade assegurada, ele se confunde com esta imagem, alienando-se. Assim sendo, esta experiência fundamental não diz respeito apenas à existência de um espelho, mas sim à existência de um espelho de seu ser no outro. O estágio do espelho simboliza, para a criança, o seu estar no mundo para o outro. A constituição do Eu depende do movimento de identificação do sujeito com uma imagem especular, dada a partir do outro, configurada ao seu redor. O Eu do estágio do espelho é uma unidade que será renovada e acrescentada de novos traços, pois constitui-se a partir da enunciação, do juízo de valor, da preferência e da rejeição. Podemos afirmar que se trata do início do grande drama humano que é a busca de identidade, a procura de si.

Ao pensarmos o processo demencial e seu impacto sobre a subjetividade não estaria a demência agindo como um espelho esfacelador desta imagem do Eu? A fragmentação desta imagem resulta na impossibilidade de reconhecer, em si próprio, no presente um *conhecido* que possa lançar-se no futuro. Assim, não podemos deixar de pensar que uma das experiências subjetivas causadas pela demência seria o Eu, em processo de desvanecimento, medir-se em comparação com um ideal do passado, o que resulta, para alguns pacientes, como Leo por exemplo, no *há menos de mim hoje do que havia ontem. "O duro deste diagnóstico é saber que vou morrer sem saber quem sou, ando com um papel na carteira porque tenho medo de sair na rua e não saber como voltar para casa"*.

Cabe comparar esta experiência – a imagem de si do passado transformada em ideal a partir do qual o Eu atual, em desvanecimento, procura unificar-se - daquela causada pelo envelhecimento normal, onde o velho, muitas vezes mantém-se atrelado a um ideal conservado na lembrança, ainda que a sua integridade e continuidade mantenham-se intactas. No envelhecimento normal não se trata de um processo de perda de integridade do Eu, mas sim do não reconhecimento da velhice propriamente dita, pois o velho é o outro, o que resulta

em dificuldades em lidar com o processo.<sup>20</sup> Na demência, na medida do possível, a imagem do passado é buscada como ideal como uma forma de preservar e defender a integridade. Entretanto, esta defesa não é muito eficaz, pois não é possível sustentá-la por muito tempo em função do próprio processo de degeneração cerebral. Se o suporte físico está falhando, como defender uma imagem?

Assim, o que é encontrar feridas nesta imagem de si? Não reconhecer mais em si mesmo a imagem que lhe dá a sensação de continuidade e pertencimento? Sofrer a dor da perda desta imagem? Viver a dor de saber que no fim não conseguirá lembrar-se de quem é?

### 5.3 - A DOR

A dor psíquica situa-se no ponto em que a imagem de si vacila por falta de suporte. A lesão está no desabamento da fantasia, situando-se em três planos: o da sensibilidade (a percepção de que algo acontece), o imaginário (através da mudança da imagem de si) e o simbólico (a ordem psíquica perde uma das suas maiores referências que é a integridade da sua própria imagem). Segundo Nasio (1997), embora não haja dor sem o Eu, ela reside no Isso de forma que *"para que haja dor, são necessários três gestos do eu: que ele ateste a irremediável realidade da perda do amado, que perceba a maré pulsional que invade o Isso – verdadeira fonte da dor – e que ele traduza essa endopercepção em sentimento doloroso"* (Nasio, 1997:58).

A dor psíquica é vivida como um ataque aniquilador e se traduz por uma sensação física de desagregação. As palavras podem tentar transformar a dor difusa do corpo em uma dor concentrada na alma, mas toda lesão será imaginariamente sentida pelo Eu como uma

<sup>20</sup> Cf. capítulo 1 desta dissertação, de diversas espécies são as dificuldades em relação ao envelhecimento: sociais, culturais e psíquicas.

agressão. Nosso corpo é nosso Eu. Nos casos de lesões mais graves, somos nosso corpo transtornado, é todo o nosso ser que se rompe.

Segundo Nasio, na lesão a percepção de uma excitação dolorosa imprime no Eu a imagem do local lesado no corpo, que se torna a representação do local lesado e dolorido. A questão refere-se a quando este local é a própria imagem que o Eu constrói de si mesmo. Qual a reação possível quando é a minha própria imagem o local lesado? A dor da lesão, normalmente, incomoda na fronteira do corpo, mas a da comoção que é a perda da própria imagem, consome a partir do interior.

*“O abalo interno é tão transtornado e doloroso, que a sua imagem fica impressa não só na memória comum que nos restitui o passado como lembrança consciente, mas também fica gravada no solo do inconsciente que também é memória, uma memória completamente diferente. Assim, a dor da comoção fica marcada no inconsciente, mas seus retornos assumirão outras figuras” (Nasio, 1997:77).*

O Eu transtornado pela irrupção de energia consegue perceber o seu estado de comoção interna e a dor resulta na tradução, localizada na consciência, dessa autopercepção. Como reagir quando a imagem que alimento de mim é ferida? Quais as reações possíveis quando o ferimento é causado por um irreversível processo de degeneração cerebral?

Há dor a cada vez que a imagem do ser desaparecido é reanimada; no caso das demências, onde o ser em desaparecimento é o próprio Eu, a dor surge diante da impossibilidade de tentar reanimar-se seja através do esforço da manutenção da sua antiga imagem ou da negação da doença. A cada vez que o Eu se curva às indicações de que há menos de si hoje do que havia ontem, a dor retorna. Assim o que é perder a integridade da imagem que mantenho de mim mesmo? Negação, esforço de manutenção da antiga imagem, procura de causas para o que está acontecendo – aí reside o esforço para reanimar-se. A dor é uma reação à perda da integridade corporal, ou ainda, à perda da integridade da própria imagem. A humilhação narcísica surge da agressão à imagem que alimento de mim mesmo,

no amor que tenho por mim. O Eu reflete um mosaico de imagens, partes do nosso corpo e traços de pessoas e coisas aos quais estamos afetiva e permanentemente ligados. Não seria possível pensarmos que quando a integridade do nosso corpo é abalada, não se produziria, a princípio, um excesso de investimento narcísico na imagem que mantemos de nós? É, também, neste investimento que encontramos a dor. *“A dor é gerada pela valorização excessivamente forte da representação em nós da coisa à qual estávamos ligados e da qual estamos agora privados, seja ela uma parte do nosso corpo ou o ser que amamos”* (Nasio, 1997:89).

Assim, o que dói é a imagem de si ferida e um esforço de defesa inadequado pela irreversibilidade e impossibilidade de transformação da doença. A dor desta comoção inscreve-se no inconsciente tornando-se fonte de sofrimentos posteriores.

Relembro aqui de meus pacientes: Leo, que na busca de ser como era antes, em alguns momentos deixa cair sua máscara “delirante” para mostrar sua dor de saber que vai morrer sem lembrar-se de quem é. João, que ao atribuir seus sintomas à velhice, nega sua condição, o que até agora possibilita que continue a imaginar-se como sempre. Sílvia, que diante do horror de perceber em si mesma os sintomas, seus conhecidos, de Alzheimer, constata suas progressivas limitações e empreende uma peregrinação de médicos, remédios e laudos, tentando confirmar o que percebe em si para “tomar as decisões necessárias, saber o que fazer”.

Ao longo deste capítulo busquei lançar um foco de luz para a existência de uma dor, sempre negada e alienada, ainda que não seja possível afirmar a existência de respostas para esta dor humana. Muitas questões ficam em aberto. Apresentei algumas das relações possíveis entre a demência e o Eu – a imagem de si é ferida, o Eu perde o parâmetro da relação

imagem/ideal e a dor deste ferimento insiste. Mas será que esta imagem não pode ser minimamente tratada?

Em psicanálise existem diferentes vertentes pelas quais a clínica é teorizada, ou seja, diversas correntes psicanalíticas concebem diferenças sobre a constituição do psiquismo humano e, conseqüentemente, o homem. Entretanto, este ainda é o melhor referencial teórico para tentar dar conta dos processos psíquicos envolvidos no adoecimento causado pelas demências. Não há o objetivo de esgotar todas as possibilidades de leitura sobre a subjetividade, mas sim traçar alguns pontos e caminhos que não nos deixem perder de vista o homem que sofre de uma doença e não a doença em si. Pensar em um homem acometido por uma doença possibilita que tentemos cuidar dele, tratar de sua imagem agredida, apaziguar sua dor. No entanto, a demência, constantemente, coloca em questão uma abordagem tradicional, na medida em que muitas vezes o acesso a fala, por exemplo, é negado, o que faz com que a clínica nos imponha, cada vez mais, o desenvolvimento de novas formas de intervenção.

## CAPÍTULO 6

### OUTROS CUIDADOS NAS AFECÇÕES CEREBRAIS ORGÂNICAS

#### NATAL ALEGRE E PROSPERIDADE

MANHÃ DE SOL OU QUE SEJA NUBLADO  
 ÁRVORES FLORIDAS  
 RICA DE AMORES INTERMINÁVEIS  
 CHINDO O SOL NO FIM DA TARDE-  
 INDO DO INFINITO DO FIM DO DIA, O  
 AMOR DE ALGUÉM QUE LHE ADMIRA

DO DIA FLORIDO E TÃO COLORIDO  
 ONDE TANTA BONDADE  
 UNE UM CARÁTER PROFSSIONAL  
 RICO DE ORIFNTAÇÃO E DEDICAÇÃO  
 A QUEM SUPPLICANDO  
 DESTA MOMENTO TÃO ENCANTADOR  
 ORIENTADO POR UMA PSICÓLOGA COMPETENTE

(Dedicatória de Leo)

Ainda atualmente encontramos em grande parte dos psicanalistas e psicoterapeutas a noção de que não vale a pena trabalhar com pacientes idosos, pois não há muito o que fazer por eles. Em parte este pensamento encontra fundamentação no próprio Freud, para quem um tratamento psicanalítico não era recomendável para pessoas com idade acima de 50 anos “*Fracassa também com as pessoas muito idosas porque devido ao acúmulo de material nelas, o tratamento tomaria tanto tempo que, ao terminar, elas teriam chegado a um período da vida em que já não se dá valor à saúde nervosa*”. (Freud, 1898:252) Além disso, *“pessoas idosas já não são educáveis* (Freud, 1905[1904]:248), porque o material a ser elaborado

prolongaria indefinidamente a duração do tratamento.<sup>21</sup> Entretanto, em 1937 Freud reconhece que a existência de rigidez, resistência à mudança e esgotamento da plasticidade também são fenômenos que acontecem em pessoas muito jovens, de forma que estariam mais relacionados ao quadro clínico do que a idade do sujeito.

Karl Abraham (Brink, 1983), um dos seguidores de Freud, embora continuasse a aderir à psicanálise, discordou quanto à sua aplicação para os idosos. Abraham teve vários pacientes com mais de 50 anos e concluiu que o tratamento era surpreendentemente bem sucedido. Era capaz de trabalhar todo o percurso de volta à infância, quando necessário, mas verificou ser isso menos essencial, quando a sintomatologia neurótica havia sido incorporada nos últimos anos. De fato, ao passo que os distúrbios mentais vitalícios tendiam a ser bastante difíceis, os distúrbios adquiridos nos últimos anos de vida pareciam ser prontamente tratáveis. Abraham conclui que o prognóstico devia ser contingente à idade da neurose, e não à do paciente.

Ferenczi em “Para compreender as psiconeuroses do retorno da idade” (1921) afirma que a medida em que envelhece o homem tem a tendência de retirar as emanções da libido dos objetos de seu amor e a voltar sobre seu próprio Eu o interesse libidinal, do qual disporia, provavelmente, em menor quantidade. A posição ferencziana, reforçada por Freud, não favoreceu o interesse da psicanálise na velhice, apesar da experiência clínica de Abraham.

Mais tarde, os psicoterapeutas geriátricos tentaram explicar a psicopatologia e o tratamento dos idosos sob um ponto de vista psicanalítico e fizeram algumas alterações para que a teoria psicanalítica se ajustasse a eles. Kaufman (Brink, 1983), por exemplo, postulou um complexo de Édipo invertido, no qual os idosos tornam-se dependentes dos filhos adultos e transferem para estes parte da libido originalmente investida sobre os pais biológicos originais do paciente.

---

<sup>21</sup> Não vamos nos deter no exame de porque Freud adotou esta posição, descrita no início da formulação de sua teoria, nunca mais revista, mas muitas devem ter sido suas questões...

Sabemos que ao longo da vida, são feitos investimentos em objetos que produzem satisfação. Podemos pensar a velhice como um cenário de um confronto do sujeito consigo mesmo e com suas angústias, já que agora este cenário encontra-se despido da maioria dos objetos anteriormente investidos, tais como; família, relacionamentos de amizade, trabalho, etc. O velho se vê diante de um espelho quebrado, nu, destituído de si mesmo, pois muitas vezes estes investimentos funcionaram como tamponadores da angústia permitindo assim um não saber de si neurótico. Segundo Hannah Arendt (Bobbio,1997), a falta de futuro não precisa ser necessariamente uma causa de angústia. Pode abrir novas possibilidades para o pensar, na medida em que o eu que pensa extrai significado do passado, conferindo-lhe a forma de uma estória por meio da memória. Trata-se do tempo da memória na busca do significado para lidar com a velhice e a vida.

Não podemos evitar o corpo que temos e, talvez esta seja uma das razões para que a lembrança do velho esteja remetida, principalmente, a uma imagem do que se foi e que se perdeu. Não mais apenas no imaginário, no velho o real está marcado no corpo, que denuncia a passagem do tempo e a morte que se aproxima. Trata-se de um narcisismo ferido de morte.

Uma das peculiaridades deste tipo de atendimento reside no fato de que, no velho, o lembrar pode ser usado como um balanço da vida, uma revisão cujo objetivo é preencher um vazio. O lembrado também tem outra função já que pode ser ressignificado e atualizado de forma a se poder traçar planos para o futuro. A desistência do próprio passado faz com que o velho defronte-se com um vazio que o impossibilita de encontrar recursos próprios para a elaboração de seus lutos e perdas.

Assim como as marcas da passagem do tempo apresentam-se como realidade no corpo, a morte surge como limite cada vez mais tangível, pois, ao contrário do adulto, onde a morte é um fantasma que surge em um horizonte distante, no caso dos velhos, este horizonte

está encurtado. Mesmo que a morte não seja o tema predominante dos atendimentos, ela é uma sombra que atravessa o tratamento constantemente. Trata-se de um limite real para todos que, no velho, é uma fonte de inibição e paralisação que o impede de procurar recursos próprios para um futuro possível. Não se pretende prometer que não haja morte ou tentar direcionar para uma aceitação incondicional deste limite e horizonte da condição humana. No entanto, a não representação da morte e da velhice no inconsciente não significa que não precisamos lidar com elas.

Ao longo do tempo vem-se buscando uma psicoterapia que pudesse dar conta das especificidades de um sujeito velho. Até hoje o que temos visto são tentativas de adaptação de teorias preexistentes que possam vir a aliviar o sofrimento psíquico. Quando admitida a psicoterapia ainda é pensada como basicamente um trabalho de apoio, mas não devemos nos esquecer de que estamos tratando de um sujeito de uma história construída, que, contudo, não deve aprisioná-lo como se não existisse mais a possibilidade de fazer história. Assim sendo, ao trabalho com estes velhos não resta apenas o lugar de apoio.

A clínica nos aponta para alterações técnicas e certos cuidados que devemos levar em consideração em função da possibilidade da existência de doenças orgânicas - que não devem ser menosprezadas ou tratadas apenas como imaginárias - mas o arcabouço teórico se mantém. Pode-se pensar na exigência de um manejo mais delicado da técnica de forma a acolher um tipo de transferência mais maciça endereçada ao analista na suposição de que este é a "última tábua de salvação", sem ceder às tentações da infantilização e maternagem.

Estas são algumas reflexões sobre um trabalho psicoterápico com velhos "normais". A questão que se coloca é sobre a psicoterapia na demência. Se o trabalho com os velhos "normais" já é desqualificado na sua necessidade e importância, o que é então atender pessoas com demência?

## 6.1 – A PSICOTERAPIA NA DEMÊNCIA

Um provável diagnóstico de demência tem um efeito devastador sobre o paciente e sua família. Com muita frequência, uma vez feito o diagnóstico, a sintomatologia psicológica ou comportamental manifesta é atribuída ao déficit orgânico, sem a atenção aos fatores psicodinâmicos e sociais que podem estar relacionados aos comportamentos alterados. Vale ressaltar que até muito recentemente, o diagnóstico era feito apenas quando a doença já se encontrava em estado adiantado, o que tornava presumível que os pacientes não experienciavam seu déficit, ou então, não conseguiam articular reações a ele. Além disso, até mesmo os comportamentos “normais” são interpretados em relação aos estágios da doença, o que resulta em um excesso de expectativa do declínio de forma que poucas oportunidades são oferecidas. Trata-se de um olhar sobre o que é perdido e não sobre os potenciais disponíveis. Esta posição tem como decorrência o fato de que as psicoterapias, principalmente as psicodinâmicas, dificilmente são oferecidas aos pacientes, sendo rara a pesquisa nessas modalidades.

Nos últimos dez anos, após o surgimento de uma nova cultura de cuidados, a psicoterapia vem lentamente tornando-se parte do tratamento das demências. A partir deste novo olhar, estes pacientes passaram a ser reconhecidos como possuidores de necessidades psicológicas, emocionais e físicas, uma vez que encontram-se sujeitos a um duplo ataque: tanto através da perda da própria imagem e do desvanecimento do Eu, como pela alienação social a que são relegados. Como conseqüências sociais do diagnóstico frequentemente encontramos:

- a estigmatização – o portador da doença passa a ser rotulado e afastado do convívio social com a justificativa de estar sendo resguardado;
- o enfraquecimento – não são mais atribuídas atividades e funções, até mesmo aquelas ainda possíveis;
- a infantilização – é atribuída ao paciente uma subjetividade infantil;
- a intimidação – muitas vezes o paciente é manejado através do medo que pode até chegar a agressão física;
- “objetificação” – gradualmente é removido do patamar humano de forma que suas emoções e sentimentos não são entendidos e considerados.

Alguns autores argumentam que, em função do real declínio cognitivo múltiplas são as causas de stress, depressão e ansiedade: sensação de perda de identidade, perda da memória, desorientação, perda dos papéis sociais e dependência. (Kitwood, 1990; Benson, 1995) Além disso, existe uma sensação de menor domínio dos sentimentos de controle sobre o ambiente interno e externo do indivíduo, deflagrada pela percepção de um déficit ainda não nomeado. Em um primeiro momento, a reação ao diagnóstico pode ser de alívio uma vez que foi atribuído um nome a uma sensação de enlouquecimento. *“Sei o que tenho, o nome da minha doença é Demência da Síndrome de Pick, não estou ficando maluco, minha mulher dizia que eu estava doido, é Pick”* conta Leo, aliviado por ter sido nomeado, mas ainda sem compreender o significado e os desdobramentos deste nome. Essa é uma sensação observada, principalmente, nos pacientes no início do processo. Portanto, qualquer tipo de abordagem psicoterápica necessita possibilitar condições, entre outras, para a atribuição de significados e

um trabalho de luto, de forma que a habilidade de lidar com as perdas possa ser fortalecida e a consciência de si mantida.

A perda das funções cognitivas reflete-se na perda da possibilidade que o Eu tem de manter sua unidade. Em consequência a evolução da demência, diversos mecanismos são usados com o objetivo de evitar a fragmentação e o desvanecimento. Assim, poder expressar os sentimentos faz parte do processo, ainda que a aceitação da doença não seja um dos objetivos da psicoterapia. Entre os mecanismos usados é muito comum encontrarmos a negação da doença como uma forma de reação ao desvanecimento subjetivo. *“Mas João o que é isquemia? Acho que isquemia é muita cana que tomei na juventude, deve ter dado um curto na cabeça debaixo do couro cabeludo”*. A aceitação seria mais um trabalho direcionado aos familiares e cuidadores do que ao próprio doente. Isto porque a aceitação faz com que o paciente possa apenas se pensar como portador de uma doença, o que o impede de trabalhar outros potenciais disponíveis.

Recentemente encontramos um aumento do interesse no significado das histórias lembradas por estas pessoas, não como uma estimulação cognitiva ou uma adaptação à realidade objetiva, mas sim como uma possibilidade de trabalhar seus sentimentos e a sua realidade emocional. Estas narrativas podem conceber um lugar de re-lembrança, uma recriação de pessoas, idéias e imagens tão posicionadas e contruídas que emprestariam novo formato ao presente. (Cheston, 1996; Crisp, 1995; Unterbach, 1994; Kitwood, 1990). Existem numerosos relatos da riqueza contida nas metáforas usadas pelos próprios pacientes para falar da sua condição: histórias de lutas e batalhas onde são os vencedores ou de perdas e desesperanças. (Hausman, 1992; Unterbach, 1994, O'Connor, 1993). Através destas narrativas o Eu torna-se o autor, criando uma história na qual é o protagonista capaz de exercer papéis. O Eu enquanto autor tem a capacidade de imaginar o futuro e reconstruir o passado.

Estes atendimentos nos mostram reações de raiva, desconfiança, frustração, ansiedade, tristeza, medo e depressão pela percepção de que “há menos de mim hoje do que havia ontem”. A psicoterapia visa trabalhar o sentimento de desamparo relacionado à perda da própria imagem e da consciência de si, aumentar a capacidade de reação, estimular a autoestima e a expressão dos afetos. Muitos pacientes, principalmente aqueles em estágio inicial, não sabem como denominar os afetos sentidos. Poder nomear o medo de estar enlouquecendo, falar da frustração que é tentar lembrar e não conseguir, contar o desamparo existente em acordar e não saber tanto onde está quanto quem é, restaura a sensação de ser. Portanto, os pacientes que exprimem afeto em excesso podem canalizar a energia, os outros que o exprimem de modo insuficiente precisam ter o afeto estimulado.

Stokes e Goudie (1990) afirmam que todos os pacientes com síndrome demencial podem beneficiar-se muito do processo psicoterápico, principalmente quando este focaliza ajudar a dar um sentido para a experiência que está sofrendo. Por outro lado, Teri e Gallagher-Thompson (1991) sugerem que o trabalho psicoterápico apenas deve atender aqueles que realmente apresentam questões relacionadas à doença e seus efeitos. A ênfase do primeiro grupo de autores está direcionada a um trabalho de apoio, conduzido como parte integrante de um plano de trabalho mais amplo. O segundo grupo refere-se a um trabalho montado sobre bases individuais enfatizando as limitações impostas pela doença, pois o reconhecimento dos déficits, a preocupação com a evolução da doença, a percepção do aumento das perdas e o conseqüente impacto sobre os papéis sociais, é causa de ansiedade e depressão. *Atualmente, Sílvia inicia as sessões dizendo que não está melhorando, não “está nem lá, nem cá”, angustia-se pois está muito desanimada, não tem vontade de fazer nada, nem as coisas de que gostava antigamente. Ela vem consultando-se com médicos de diversas especialidades para tratar o reumatismo, gastrite e a depressão. Conta que*

*demorou meia hora para chegar porque não conseguia lembrar-se qual era o caminho, precisou perguntar como fazer. "Meu corpo está falhando, não acompanha, não tenho mais disposição para fazer coisas simples de antigamente".*

Ao pensarmos o processo demencial e seu impacto sobre a subjetividade podemos afirmar que a demência funciona como um esfacelador da imagem que o Eu tem de si mesmo. A fragmentação e o desvanecimento desta imagem resultam na impossibilidade que o Eu tem de reconhecer, em si próprio, no presente um *conhecido* que possa lançar-se no futuro. Em consequência este Eu, compara-se com um ideal do passado, o que resulta, para alguns pacientes, como Leo, por exemplo, na percepção do *há menos de mim hoje do que havia ontem. "O duro deste diagnóstico é saber que vou morrer sem saber quem sou, ando com um papel na carteira porque tenho medo de sair na rua e não saber como voltar para casa".*

Na demência, a imagem do passado passa a ser buscada como ideal com o objetivo de preservar e defender a integridade, defesa esta não muito eficaz, pois torna-se impossível sustentá-la por muito tempo em função do próprio processo de degeneração cerebral. Diante da falha do suporte físico, como defender uma imagem?

Na medida em que o processo demencial acarreta esta progressiva perda subjetiva, torna-se importante um amplo conhecimento da história de vida, não para preencher espaços em branco, mas como uma forma de estimular associações. Inúmeras vezes o analista funcionará como "depositário" da memória, a testemunha de uma revisão de vida. O passado torna-se o ideal, o presente é desqualificado e o futuro sequer é pensado. O trabalho incide em tentar diminuir a distância entre ideal/presente como uma forma de constituir um pouco de futuro.

Existe uma corrente que afirma que a psicoterapia só seria possível nos estágios

iniciais ou moderados, onde está preservado um nível de consciência do que lhes acontece. Em alternativa, argumenta-se que esta falta de consciência funciona como proteção contra as implicações emocionais e psicológicas decorrentes da doença (Cotrell e Lein, 1993). Assim sendo, a consciência do processo tornaria-se um problema na medida em que causa sofrimento e pode ser influenciada pelo meio-ambiente. Por outro lado, a falta de consciência também torna-se um problema na medida em que dificulta o acesso aos cuidados necessários, tornando-se, também, um alvo para as intervenções psicoterápicas. Ressalto, no entanto, que este estudo foi feito à partir de um trabalho realizado com pacientes no início do processo, o que enfatiza a necessidade de continuidade das pesquisas na área.

#### **6.1.1 - ADAPTAÇÕES TÉCNICAS**

Antes de mencionar algumas adaptações necessárias na técnica, cumpre uma reflexão sobre o lugar e a subjetividade do analista.

No trabalho com este tipo de paciente, o analista funciona constantemente no lugar de espelho, aquele que pode refletir uma imagem, que muitas vezes não é reconhecida. Assim, além do trabalho realizado com o paciente, mais do que nunca torna-se necessário um “trabalho” interno do próprio analista. Este trabalho reflete-se na necessidade “de um certo saber” do porquê trabalhar com estes casos, ou seja, um olhar especial em relação a sua ignorância do que significa estar na frente de alguém com uma perda subjetiva progressiva e as expectativas e limites daí decorrentes, seu próprio envelhecimento, sua mortalidade, seu próprio medo do declínio neurológico, seus sentimentos de pena, perda e desesperança, de forma a evitar a transformação do trabalho em um assistencialismo infrutífero.

Hausman (1992) e Verwoerd (1981) apontam que a transferência, nos casos iniciais,

instala-se mais rapidamente de forma que o analista facilmente torna-se “o único com quem falar, o único a entender”. Uma vez que a demência compromete o que nos torna únicos, trabalhar com estes pacientes pode dar margem a profundas reações por parte dos analistas, de forma que há o perigo da infantilização - tornar os pacientes mais dependentes ou então, colocá-los no lugar de seus próprios pais, o que acarreta sentimentos ambivalentes a eles direcionados. Algumas indicações do reflexo destes sentimentos podem ser encontrados na depressão e sentimento de incapacidade após as sessões, descuido na marcação dos horários e cansaço durante as sessões. Do analista espera-se flexibilidade, criatividade e, principalmente, humildade, pois uma técnica que funcione hoje não necessariamente funcionará amanhã, o que nos coloca limites diários.

São necessárias algumas adaptações nas intervenções psicoterápicas, uma vez que o déficit cognitivo muitas vezes torna-se uma restrição ao uso de uma abordagem tradicional.

Essas adaptações referem-se à:

- postura ativa do analista e uso de contato físico quando permitido;
- sessões curtas, mas mais frequentes, em função da impossibilidade do paciente em manter-se nas sessões. A frequência maior torna-se necessária na medida em que na falta de um ponto de ancoragem, o paciente esquece até mesmo a existência do analista no intervalo entre as sessões;
- uso de outros recursos expressivos tais como fotos, lápis e papel, caixa de brinquedo, música, poemas, quando o paciente tem sua atividade verbal prejudicada;
- uso de resumos ou caderno de anotações do que foi considerado como mais importante na sessão, como uma forma de preservar o que foi dito no intervalo entre as sessões;

- perguntas curtas, sem ambigüidade pois, as perguntas longas solicitam cadeias associativas que não são possíveis. A fala é mais importante do que o assunto falado, pois trata-se da expressão dos afetos;
- intervenções alteradas, mais concretas, sem paradoxo ou confronto. As intervenções precisam ser repetidas várias vezes durante uma sessão e de uma sessão para outra;
- uso da memória do analista como um banco de dados para a estimulação de outras associações;
- reforço de todas as capacidades funcionais restantes, através da identificação das áreas em que a atuação bloqueada ainda possa permanecer ativa;
- analista funciona, muitas vezes, como “ponte” com o mundo, na medida em que é necessário criar novas opções mais adequadas e manter escolhas em todos os níveis em que o paciente possa atuar.

A demência, a partir de um referencial multidisciplinar, não é mais estudada apenas como uma perda das funções cognitivas, mas também como fator principal que acarreta um impacto na subjetividade desdobrado na perda da imagem de si, ou seja, o desaparecimento das referências que nos constituem como únicos e singulares. A frequência das sessões, o trabalho direcionado aos afetos contidos nas lembranças, a estimulação, a sensação de continuidade fornecida pelo ambiente tornam o analista quase que como uma garantia de permanência, uma “prótese do Eu” (Vewoerdt, 1981) do paciente.

Alguns argumentos contra o uso de psicoterapia na demência residem na impossibilidade do resgate da imagem do paciente exatamente como era antes da doença. Em virtude do pouco reconhecimento da necessidade do uso das abordagens psicoterápicas e da dificuldade de avaliação dos resultados uma metodologia formal ainda é rara, assim como o acesso à bibliografia sobre o assunto. Este é um campo onde as pesquisas estão apenas

iniciando, muitas questões permanecem em aberto, mas cabe ressaltar que não é objetivo de qualquer tipo de abordagem resgate de imagem, pois a particularidade do trabalho calca-se no reconhecimento de si, na possibilidade de afirmar: “esse também sou eu”.

## CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho percebemos como no Brasil a velhice ainda é representada, basicamente, como um processo contínuo de perdas em que os velhos são relegados ao abandono e à ausência de papéis sociais. Ainda que a tendência contemporânea dirija-se para uma inversão deste tipo de representação de velhice através do atual conceito de terceira idade, a estigmatização e o estereótipo do velho como carga para a sociedade ainda persistem. As representações existentes – velhice e terceira idade – são insuficientes para tratar de forma realística a questão dos velhos, pois colocam-se como pólos opostos, sem possibilidade de relativização. A gerontofobia em nossa cultura impede que possamos examinar nossas representações de velhice sem correr o risco de optar por uma ou outra. Portanto, o experimentar a velhice, mesmo sendo singular, inúmeras vezes acaba sendo determinado não pela experiência em si, mas sim pelas representações impostas pela cultura e a sociedade.

As representações atuais dificultam a resolução dos problemas envolvidos na perda de habilidades cognitivas e de controles físicos e emocionais, que instauram a dicotomia normal/patológico, impedindo que o velho com perdas cognitivas possa ser reconhecido como sujeito pertencente a uma determinada representação. Isto porque são tantas as perdas atribuídas a estes velhos que até mesmo seu estatuto de humano é perdido e ele não mais é reconhecido como possuidor de necessidades físicas e psicológicas.

Assim sendo, além das questões relacionadas às representações de velhice e como esta é experienciada na singularidade, devemos nos interrogar sobre os velhos com enfermidades. As demências são doenças que devem ser diferenciadas do declínio normal do funcionamento cognitivo que ocorre com o envelhecimento. Trata-se de um diagnóstico indicado apenas

quando existem evidências demonstráveis de maior comprometimento da memória e da performance cognitiva do que seria esperado, levando-se em consideração os processos normais de envelhecimento e se os sintomas causam prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. A síndrome demencial, segundo os critérios psiquiátricos, é definida pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, que incluem tanto o comprometimento da memória como também uma ou mais perturbações cognitivas. Portanto, as demências são doenças específicas, que não fazem parte do processo normal de envelhecimento e, causam alterações nos mecanismos essenciais de sustentação do Eu.

Até recentemente, a razão principal para a exclusão de uma pesquisa sobre os fatores subjetivos atrelados à degeneração cerebral ou estudos relacionados com os aspectos psicológicos e o ambiente social, deveu-se pela adoção de um certo modelo de ciência – objetivista, materialista e eliminativista. A primazia das pesquisas médicas nesta área dificulta a consideração pela subjetividade, que foi descartada, de forma que, comumente, o sujeito com demência torna-se objeto dos discursos da não-pessoa e do não-identificado.

A clínica psicoterápica, ao contrário deste modelo de ciência, nos mostra que um processo demencial causa um enorme desamparo diante da perda subjetiva que progressivamente se instala. Desta forma, em função da limitada atenção que tem sido dada à subjetividade dos pacientes, estes poderiam ser qualificados como as “vítimas escondidas”. Isto porque os esforços na tentativa de compreensão deste impacto restringem-se, ainda, aos desdobramentos da doença nos familiares e cuidadores.

Pensar sobre esta perda subjetiva, implica em refletir sobre as relações existentes entre a temporalidade, a memória e o Eu. Podemos apontar para uma temporalidade específica do velho, como parte do processo normal de envelhecimento. As reminiscências seriam uma reafirmação constante do existir, do sentido, pois elas provocariam um encurtamento da

distância entre o passado e o presente, na medida em que os fatos são presentificados. Na demência, progressivamente o presente torna-se apenas um instante.

Tomando-se as teorias de Edelman e Rosenfield, onde os rearranjos cerebrais responsáveis pela memória estariam sujeitos à influência dos afetos e do contexto, fica a questão sobre se as lembranças não seriam determinadas, de alguma forma, pela demência e seus desdobramentos. Até que ponto o processo de degeneração cerebral seria responsável, pelo menos durante certo período de tempo, por novos rearranjos e recategorizações, de forma que um novo sentido é produzido e os momentos lembrados são constantemente reescritos. Isto permitiria o não aprisionamento em uma história única e linear, mas em várias vivências entre o que muda e o que permanece, o que nos encaminha na direção de um Eu que procura se sustentar. Afetos são parte essencial na criação e categorização das lembranças e, não podemos esquecer que as memórias que permanecem, mesmo nos estágios mais avançados, guardam algum traço de afeto que justifique, em si, sua presença.

No rastro da destruição causada pela demência encontramos várias áreas cerebrais degeneradas e desativadas. Estas degenerações físicas ligam-se à alterações no contexto, na história e na própria subjetividade influenciando na visão de mundo e no reconhecimento de si. Percebemos que os familiares tentam com muita luta manter a *pessoa como era antes*. Esta luta acontece principalmente na arena da vida cotidiana, através da tentativa da manutenção dos gostos, hábitos, nuances e idiossincrasias que constituem a identidade. Um ponto importante são as explicações normalizadoras do comportamento dadas pelos familiares, isto é, as atitudes diferentes são atribuídas à própria velhice. É do senso comum que o velho é sempre um pouco esclerosado, o que desqualifica a especificidade da patologia. A demência é uma doença de forma que é chegado um determinado momento onde não há como negar que algo está errado, mas o quê? O homem experiencia mais narcisicamente os sentimentos

associados a sua própria imagem do que as sensações de prazer e sofrimento ligadas ao corpo propriamente dito. Viver sem uma imagem de si, experienciar a sua fragmentação e desvanecimento, além de não dispor mais do recurso da relação para sustentá-la, significa emudecer e alienar-se.

Uma vez que o projetado pelo Eu é uma imagem de si idealizada, na demência, a humilhação narcísica decorrente da percepção de que este ideal não existe mais diante de si é desestruturante. Frente ao desamparo causado pelo desvanecimento, o único ideal passível de ser projetado é aquele lembrado do passado. Nossas experiências dependem da integridade de nosso organismo, assim como das lesões que nos acometem. Estas lesões provocam alterações em nossa imagem – passageiras ou não.

Ao pensarmos o processo demencial e seu impacto sobre a subjetividade percebemos que a demência funciona, à princípio, como um esfacelador da imagem do Eu e, depois do próprio Eu. Assim sendo, a fragmentação e o desvanecimento desta imagem resultam na impossibilidade de reconhecer-se, uma vez que o Eu do presente torna-se um desconhecido. Como alternativa, só restará ao Eu medir-se em comparação com um ideal do passado, o que resulta, para alguns pacientes, no *há menos de mim hoje do que havia ontem*. Por outro lado, a imagem do passado adquire uma função especial pois passa a ser buscada como ideal, como uma forma de defender a integridade e preservar a continuidade.

Esta não é uma defesa muito eficaz, uma vez que não é possível sustentá-la por muito tempo em função da irreversibilidade do processo de degeneração cerebral. Se o suporte físico está falhando, defender uma imagem torna-se uma tarefa árdua e dolorosa. Na síndrome demencial, a dor surge diante da impossibilidade que o Eu tem de tentar reanimar-se, seja através do esforço da manutenção da sua antiga imagem ou da negação da doença. A cada vez que o Eu se curva às indicações de que há menos de si hoje do que havia ontem, a dor

retorna. A dor é uma reação à perda da integridade corporal, ou ainda, à perda da integridade da própria imagem.

A clínica nos mostra que é necessário o desenvolvimento de novas formas de intervenção. Trabalhar com pacientes com síndrome demencial representa o desafio de um campo novo e promissor, no qual toda a nossa bagagem pode ser útil, qualquer que seja a modalidade clínica e a orientação teórica abraçada. No entanto, faz parte da aventura de todo bom viajante ampliar um tanto mais sua bagagem, na medida em que isso se revele enriquecedor, buscando por exemplo adotar uma postura muito mais ativa; servir como ponte entre o paciente, os médicos e a família; utilizar todos os recursos que possam auxiliar a comunicação e a expressão dos afetos. Da mesma forma, torna-se necessário poder abrir mão de alguns itens que, comprovadamente, revelam-se sem serventia, principalmente achar que se não é possível utilizar uma abordagem tradicional, não há nada o que fazer.

O grande desafio enfrentado no trabalho com este tipo de paciente relaciona-se ao lugar do analista, o qual funciona constantemente como um espelho onde reflete-se uma imagem, que muitas vezes está embaçada ou não é passível de reconhecimento. Tratamentos médicos e psicanalíticos não tem a mesma finalidade. Ao médico cabe um lugar bem delimitado, na medida em que por mais acolhedora que seja sua postura, trata-se de diagnosticar a doença e medicar os seus sintomas.

Ao analista cabe tratar a subjetividade, exclusividade de uma categoria que até agora tem-se mantido silenciosa no se refere aos velhos e, principalmente, aos velhos com demência. Parece-nos muito claro que a fala dos pacientes pode ser usada na ressignificação do senso de identidade e continuidade. A clínica nos mostra que estas falas, até mesmo aquelas aparentemente confusas, representam tentativas de fazer sentido. Assim sendo, ressignificar uma identidade através da fala é terapêutico. Talvez o grande desafio esteja na

subjetividade dos próprios analistas – ou seja, o que é se propor a tratar alguém com uma degeneração cerebral, cuja experiência daí decorrente é única; o que é trabalhar com casos onde esbarra-se em limites, muitas vezes mal trabalhados nos próprios analistas; o que é confrontar-se com seu próprio envelhecimento e trabalhar com a morte em um horizonte muito mais próximo são reflexões fundamentais que evitam a transformação destes atendimentos em uma maternagem ou um assistencialismo infrutífero.

Não pretendo traçar um retrato negativo do trabalho com estes pacientes, pelo contrário, muitas são as alegrias, cada pequeno passo é uma grande vitória. Inúmeros são os argumentos contrários ao uso de psicoterapia na demência: não há o que fazer, o paciente não é capaz de submeter-se ao tratamento, não há como resgatar a imagem do paciente exatamente como era antes da doença. Talvez o grande argumento contrário seja oriundo dos próprios analistas e de seus sentimentos de perda e desesperança ao esbarrarem nos limites que lhes são impostos. Lembro aqui do caso de uma colega, muito desanimada diante de uma paciente em estágio moderado, que resolveu interromper o tratamento por achar que não havia mais o que fazer. Em sua “sessão de despedida” começa a cantar para a paciente: *não posso ficar nem mais um minuto com você*, e qual não é o seu espanto quando esta lhe responde: *sinto muito amor, mas não pode ser*. A partir de então, este atendimento continuou, ainda durante certo tempo, com cada pequena resposta sendo muito valorizada e comemorada.

Cabe ressaltar que a bibliografia específica sobre os aspectos subjetivos e a psicoterapia nas demências é mínima; a avaliação dos resultados é muito difícil, mas pensar, não em uma doença, mas em um homem acometido por uma doença possibilita que tentemos cuidar dele, tratar de sua imagem agredida, apaziguar sua dor. Este é um caminho, muitas vezes árduo, repleto de limites e resistências, mas onde ainda há muito o que pesquisar e conhecimento a produzir.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4rd edn. Washington, DC, American Psychiatry Association, 1994.*
- AUGRAS, M. *O ser da compreensão*. Petrópolis, Vozes, 1981.
- AULAGNIER, P. *A violência da interpretação*, Rio de Janeiro, Imago, 1979.
- \_\_\_\_\_ *Os destinos do prazer: alienação, amor, paixão*, Rio de Janeiro, Imago, 1985.
- \_\_\_\_\_ *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante*, São Paulo, Escuta, 1989.
- BEAUVOIR, S. de, *A velhice*. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1990.
- BIANCHI, H., *O eu e o tempo: psicanálise do tempo e do envelhecimento*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1993.
- BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise in: *Terceira Idade – Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*, UNATI, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1995.
- BOBBIO, N. O tempo de memória: De senectude e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro, Campos. 1997.
- BORGES, J.L. *História da Eternidade*. São Paulo, Globo, 1997.
- BORGES, S. N. *Metamorfozes do corpo: uma pedagogia freudiana*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*, 3ª ed, São Paulo, Companhia das Letras, 1994.

- BRINK, T.L. *Psicoterapia geriátrica*. Rio de Janeiro, Imago, 1983.
- CHESTON, R. - Stories and Metaphors: talking about the past in a psychotherapy group for people with dementia, *Ageing and Society*, 16, 1996
- COHEN, D. *The Loss of Self – a family resource for the care of Alzheimer's disease and related disorders*, New York, Penguin Books, 1986.
- COTREL V. e LEIN L. – Awareness and denial in the Alzheimer's disease victim, *Journal of Gerontological Social Work*, 19(3/4), 1993.
- COUTINHO L.G. *Alguns destinos do conceito de narcisismo na teoria psicanalítica: um contraste entre as teorias da psicologia do ego, de Heins Kohut e de Jacques Lacan*, Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia, PUC/RJ, 1997.
- CRISP, J. - Making sense of the stories that people with Alzheimer's tell: a journey with my mother, *Nursing Inquiry*, 2, 1995.
- CUMMINGS, J. L. Aspectos neuropsiquiátricos da doença de Alzheimer e outras demências in Yudofsky, Stuart C., *Compêndio de Neuropsiquiatria*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- DAMASIO, A. R., *O Erro de Descartes – emoção, razão e o cérebro humano*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996.
- DEBERT, G. G., As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual in *Anais do I seminário internacional envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século*, Brasília, MPAS, SAS, 1996.
- \_\_\_\_\_, A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade in Lins de Barros, M.M. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*, Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- DOLTO, F. *A Imagem Inconsciente do Corpo*, São Paulo, Perspectiva, 1984.

EDELMAN, G. M, *The remembered present – a biological theory of consciousness*, New York, Basic Books, 1989.

\_\_\_\_\_ *Bright Air, Brilliant Fire – on the matter of the mind*, New York, Basic Books, 1992.

FREUD, S. *Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro, Imago, 1987:

Carta 52 de 6 de dezembro de 1896 – volume I

Projeto para uma psicologia científica (1950[1895]) – volume I

A sexualidade na etiologia das neuroses (1898) – volume III

Sobre a Psicoterapia (1905[1904]) – volume VIII

Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909) – volume X

Recordar, repetir, elaborar (1914a) – volume XIII

Sobre o Narcisismo: uma introdução (1914b) – volume XIV

Os instintos e suas vicissitudes (1915) – volume XIV

O inconsciente (1915) - volume XIV

Sobre a transitoriedade (1916[1915]) – volume XIV

Luto e Melancolia (1917[1915]) – volume XIV

Além do princípio do prazer (1920) – volume XVIII

O Ego e o Id (1923) – volume XIX

O problema econômico do masoquismo (1924) – volume XIX

Uma nota sobre o “bloco mágico” (1925[1924]) – volume XIX

A Negação (1925) – volume XIX

Inibições, sintomas e ansiedade (1926[1925]) – volume XX

O Futuro de Uma Ilusão (1927) – volume XXI

O Mal-Estar na Civilização (1939[1929]) - volume XXI

Análise terminável e interminável (1937) – volume XXIII

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*, São Paulo, Atlas, 1994.

GOLDFARB, D.C. *Corpo, tempo e envelhecimento*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.

GOMES, M.M. *Desordens Demenciais in Neuroepidemiologia bases e fatos*, Rio de Janeiro, Editora Científica Nacional, 1995.

GONDAR J. *Os Tempos de Freud*, Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

GREENE, J. et al. Group Psychotherapy for patients with demenntia in *Southern Medical Journal*, vol. 86, nº9, September, 1993.

GRODDECK, G. *Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática*, (1950) São Paulo, Perspectiva, 1992.

GUBRIUM, J. F. *Oldtimers and Alzheimers, The descriptive organization of senility*, Greenwich, Jai Press, 1986.

HAMILTON, E.H. *Conversations with an Alzheimer'patient*, New York, Cambridge University Press, 1994.

HAUSMAN, C. - Dynamic psychotherapy with elderly demented patients, in CHESTON, R., *Psychotherapeutic work with people with dementia: a review of the literature*, British Journal of Medical Psychology, 1997

JUNQUEIRA FILHO L.C.U.(org.) *Corpo Mente – uma fronteira móvel*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.

KAUFMANN, P.(ed), *Dicionário enciclopédico de psicanálise*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1996.

KITWOOD, T. *Dementia reconsidered – the person comes first*, Buckingham – Philadelphia, Open University Press, 1997.

\_\_\_\_\_. Psychotherapy and dementia in *British Psychological Society* 1990 (8) Supl. Newsletter of the Psychotherapy pags.40-56.

\_\_\_\_\_. The Technical, the Personal and the Framing of Dementia in *Social Behaviour*, vol 3, John Wiley&Sons, 1988.

- LACAN, J. *O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. (1954-1955) Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1995.
- \_\_\_\_\_. Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo no Inconsciente Freudiano in *Escritos (1960)*, São Paulo, Perspectiva, 1992.
- LAKS, J. *Sintomas psiquiátricos na demência de Alzheimer: correlação com a gravidade do estado cognitivo*. Tese de Doutorado, IPUFRJ, 1993.
- \_\_\_\_\_. O que há de tão especial em ter 65 anos? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 44(7), 1995
- LAPLANCHE J. E PONTALIS, J.B. *Vocabulário da Psicanálise*, São Paulo, Martins Fontes, 1983.
- LEIBING, A. Rita Hayworth também envelhece: Doença de Alzheimer e saúde mental neste século in *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal* Volume 1, número 1, maio de 1999, Rio de Janeiro, Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro, 1999.
- \_\_\_\_\_. Narrowing worlds: on Alzheimer's disease and biography in Brasil, in *The Medical Anthropologies in Brazil*, Berlin, VWB-Verlag, 1997 (no prelo)
- \_\_\_\_\_. A antropologia de uma doença orgânica: doença de Alzheimer e fatores culturais, em *Cadernos do IPUB, Envelhecimento e Saúde Mental – uma aproximação multidisciplinar*, 10 (2ª edição), Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1997.
- LENOIR, R. Objet sociologique et problème social in Champagne P. et alli (orgs) *Initiation à la pratique sociologique*, Paris, Dunod, 1989.
- LE POULICHET, S. *O tempo na psicanálise*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1996.
- MEDEIROS, S.A. Negação da morte na velhice: Um estudo fenomenológico - Dissertação

- de Mestrado - PUC/RJ, 1981.
- MESSY, J. *A pessoa idosa não existe – uma abordagem psicanalítica da velhice*, São Paulo, ALEPH, 1993,
- MANNONI, M. *O nomeável e o inominável: a última palavra da vida*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1995
- MCGOWIN, D. F. *Living in the labyrinth – a personal journey through the maze of Alzheimer's*, New York, Delta Book, 1994
- MEZAN, R. *A Vingança da Esfinge – ensaios de psicanálise*, São Paulo, Editora Brasiliense, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Escrever a Clínica*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.
- MILLS, M. A. e COLEMAN, P. G. Nostalgic Memories in Dementia – A Case Study in *Intl. J. Aging and Human Development*, vol. 38(3), Baywood Publishing Co., Inc, 1994.
- NASIO, J.D. *O livro da dor e do amor*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1997.
- NERI, A.L. e DEBERT G.G. (orgs.) *Velhice e sociedade*, São Paulo, Papirus, 1999.
- NOVAES, M. H. *Conquistas Possíveis e Rupturas Necessárias*, Rio de Janeiro, Grypho, 1995.
- O'CONNOR, D. The Impact of Dementia: a self psychological perspective in *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 20(¾), The Haworth Press, Inc., 1993.
- ORONA, C. Temporality and Identity loss due to Alzheimer's disease in *Soc. Sci. Med.* Vol. 30, nº11, Great Britain, pp. 1247-1256, 1990.

- PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade in Lins de Barros, M.M., *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*, Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- REISBERG, B. *A Guide to Alzheimer's Disease, for families, spouses and friends*. New York, The Free Press, 1981.
- ROSENFELD, I. *A invenção da memória: uma nova visão do cérebro*, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1994.
- SACKS, O. *Um Antropólogo em Marte*, São Paulo, Companhia das Letras, 1995.
- \_\_\_\_\_. *O Homem que Confundiu sua Mulher com um Chapéu*, 2ª edição, Rio de Janeiro, Imago, 1988.
- SANTIAGO, S. *De Cócoras*, Rio de Janeiro, Rocco, 1999.
- SCHILDER, P. *A Imagem do Corpo – as energias construtivas da psique*, São Paulo, Martins Fontes, 1994.
- SCHMID A.H., Dementia, related disorders and old age: psychodynamic dimensions in diagnosis and treatment in *The American Journal of Psychoanalysis*, vol.50, nº3, 1990.
- SCHUR, M. *Freud: Vida e Agonia – uma biografia*, Rio de Janeiro, Imago, 1981.
- SOLOMON, K, SZWABO, P. - Psicoterapia para pacientes com demência in MORLEY J. (ed) *A memória e os distúrbios ligados à idade*, São Paulo, Organização Andrei Editora Ltda, 1997
- STOKES G. - Counselling confused elderly people in CHESTON, R. Psychotherapeutic work with people with dementia: a review of the literature, *British Journal of Medical Psychology*, 1997.
- TERI, L. e GALLAGHER-THOMPSON, D. - Cognitive-behavioural intervention for treatment of depression in Alzheimer's patients, *The Gerontologist*, 31 (3), 1991

UNTERBACH, D. - An ego function analysis for working with dementia clients, *Journal of Gerontological Social Work*, 22(3/4), 1994.

WOODWARD, K. *Aging and its discontents – Freud and other fictions*, Blooming and Indianapolis, Indiana University Press, 1991.

## APÊNDICE

### CASO CLÍNICO A

João, 72 anos, demência vascular, encaminhado pelo médico, chega dizendo que está ali porque precisa se organizar; chorando muito diz que acha que vai morrer e por isso quer organizar suas coisas. Tem medo de morrer e não deixar sua família amparada, preocupa-se com o filho caçula que está desempregado e tem família para sustentar. “Eu não posso morrer antes de organizar estas coisas, minha mulher não sabe o que fazer, tudo depende de mim”. Conta que começou a sentir-se assim depois da operação da próstata, perdeu a vontade de fazer as coisas, não queria mais sair de casa. Mais tarde relatará que não sabe bem porque foi operado, acha que teve um tumor, mas relata ter sofrido sempre de ejaculação precoce, coisa que o angustiava muito por se achar “muito rapidinho”. Relata que após a operação achava que nunca mais conseguiria ser homem e afirma que “sem sexo é melhor morrer”. Diz que demorou alguns meses até perceber que ainda podia manter relações sexuais chegando a verificar se a quantidade de esperma era normal.

Conta que era barbeiro, mas aposentado porque o dono do salão resolveu vender e ir para outra cidade e João preferiu aposentar-se. “Achei que ia poder aproveitar a vida, já trabalhei muito mas agora estou assim, acho que vou morrer. Dra. me ajuda porque não quero morrer, é muito cedo, ainda tenho que organizar minhas coisas”. Passa algumas sessões chorando, contando que veio novo de outra cidade para ser barbeiro. Diz que era bom barbeiro, gostava da profissão, mas só cortava cabelo pois barba era para “pé de chinelo”, chegando a ser gerente da barbearia. “Tinha muita responsabilidade, cuidava do caixa e tudo sempre correu certinho”. O dono do salão chegou a lhe oferecer sociedade mas não quis por achar mais seguro ser empregado. “Ser dono dá muito trabalho, como empregado ganhava

meu dinheiro e comprava meus apartamentos, teve uma época em que cheguei a ser dono de 5 imóveis”.

Um dia entra na sala dizendo: “Márcia, tem uma doutora bonita aqui, mas a minha doutora...” e a partir de então não chora mais e começa a desfiar histórias das mulheres que amou, as que namorou, desejou, paquerou, sempre afirmando sorridente “eu era muito pilantra mesmo”. Conta que gostava muito de paquerar e namorar e que um dia estava em um baile com a esposa quando apareceu uma das suas paqueras. “Olha, a D. Josefina ficou uma fera, eu tive que suar até ela se convencer que não tinha nada com a outra. Mas também como é que ela foi aparecer lá no baile, era uma manicure que trabalhava no salão e queria que eu largasse a família. Estava doida!”. Justifica tantas mulheres afirmando que “minha mulher é muito pouco para mim” e que em função da ejaculação precoce sempre tinha dúvidas se seria “rapidinho” também com as outras. Diz que ficava muito zangado consigo mesmo por não conseguir controlar-se e que ficava tentado com várias mulheres na esperança de ser diferente.

Estas histórias tornaram-se sem fim porque uma palavra já lembrava outra história que lembrava outra e todas intermináveis. Passou a contar não só sobre suas mulheres como também sobre os amigos e os muitos conhecidos da barbearia. Durante a Copa do Mundo só falava de futebol, um dia vira-se para mim e diz: “você tem cara de que é Fluminense” e começa a lembrar que freqüentava diariamente o clube onde seus filhos aprenderam a nadar. Conta que o “baile da manicure” foi lá no clube. Diz que seu sonho era ser jogador de futebol, mas teve que trabalhar desde cedo e só podia jogar nos finais de semana. Mais tarde conta que o pai tinha um time de futebol do qual fazia parte, “era um time com camisa oficial e tudo” e que quando quis entrar para o time oficial da cidade, seu pai não permitiu por achar que não tinha futuro. Quando veio para o Rio, organizou um time de futebol no Aterro do Flamengo, no qual era o técnico.

Um dia entra na sala e fica em silêncio. Pergunto o que aconteceu e diz que o médico lhe disse que o seu problema era uma isquemia. “Mas João, o que é isquemia” “Não sei”, pára pensa e diz: “Acho que isquemia é muita cana que tomei na juventude, deve ter dado um curto na cabeça debaixo do couro cabeludo”. Diz que não se lembra de ter contado que o pai morreu nos seus braços de câncer de próstata. Chorando muito diz “meu pai morreu nos meus braços, nestes aqui, não sei porque mas toda vez que lembro do meu pai começo a chorar, não sou chorão, mas não consigo me controlar, fico aqui na sua frente como um bobo chorando”. Conta que quando o pai morreu, já morava no Rio, estava casado e tinha filhos, mas orgulha-se do pai ter podido morrer nos seus braços. “Fui eu quem o segurou”. No final desta sessão tenta levantar-se da cadeira mas as pernas não o obedecem: “estou ficando velho, só lembro que estou ficando velho porque as pernas não acompanham”.

Na sessão seguinte retorna falando sobre o pai, diz que ele era plantador de cana, mas um homem sensacional. João trabalhava com ele na roça, era o filho que ele sabia que podia contar, mas quando chegava à noite, corria para casa para se arrumar e ir para a cidade paquerar. “Eu era muito pilantra, passava a noite bebendo e paquerando, namorando mas no dia seguinte às 5:00 hs já estava na roça com o meu pai cortando cana e dirigindo a carroça”. Conta que quando já estava com a vida estabelecida tentou comprar uma casa para a mãe na cidade perto da plantação, mas o pai recusou dizendo que se ele comprasse estaria separando-os pois ia continuar na roça. “Depois que meu pai morreu comprei a casa e minha mãe foi morar lá, eu não podia separá-los, não era justo” Diz que após a morte do pai as terras foram divididas e que até hoje mantém seu pedaço. João nunca quis ser plantador, mas tem cana nas suas terras, que um dos seus irmãos cuida e que sempre volta para olhar como vai a sua plantação. Diz que quando morrer quer ser enterrado lá, entre seu pai e sua mãe para não ficar sozinho. Neste momento as pernas voltam a ficar bambas, “minhas pernas estão bobas, deve

ser da tal da isquemia”. Lembra das causas da sua vinda para o Rio, brigou com um tio por causa de mulher e aproveitou a oportunidade para escapar do destino de ser agricultor. “Eu queria agir a minha vida, meu pai na época não entendeu, mas depois ele acabou vindo ao Rio, foi no meu casamento, minha mãe não foi”. Conta que a mãe não quis ir e perguntado se sabe porque diz que ela era “doente dos nervos”, muito nervosa. João não gosta de falar da mãe, dela conta que era muito trabalhadeira, cuidava dos filhos, boa mãe mas muito “fraquinha, frágil”. Afirma ter ficado muito impressionado quando uma sobrinha lhe disse que seu pai era louco por sua mãe, não entende isto porque acha que sua mãe era pouco para o pai, pois os dois dormiam em quartos separados. Diz que um dos seus arrependimentos é não ter levado o pai para paquerar. Algumas sessões mais tarde queixa-se de que a memória está falhando, faz força para lembrar algumas coisas, mas não consegue. “E aí?” pergunto. “E aí nada”, responde, “é coisa de velho”, completa dizendo que seu cunhado morreu e que sonhou com a casa do pai “70 anos, mas estou bem, não vou chegar aos 80, meu pai morreu com 82”.

Um dia contando sobre um apartamento que vendeu recentemente lembra-se da casa onde criou seus filhos. Conta que seu casamento foi uma festa bonita, cheia de gente e repete que a mãe não veio: “acho que até hoje não entendi”. No final da sessão diz que não parou para pensar que podia ter alugado o apartamento para o médico e eu, pois poderíamos nos mudar para o Rio, para ficarmos mais perto dele.

João, tal como o pai, era conhecido por João da Silva, ele era o João da Silva II. Diz que não gostava, queria ter outra vida, ser diferente, por isso ao chegar ao Rio retirou o nome do pai de seu registro de nascimento, incluiu o de sua mãe e o materno de seu pai, passando a se chamar João Costa Santos, mas sempre é conhecido por João Costa.

Um dia diz que soube que seu médico havia ido embora: “Como ele foi embora, não me falou nada, tem certeza que foi embora mesmo?” Explico que os residentes permanecem por

um tempo limitado. Diz que ele devia ter lhe avisado e pergunta se também vou embora sem falar nada. Diz que sou seu colírio, “sabe as pernas que bambeiam e é preciso usar bengala, você é a bengala do meu cérebro, minha cabeça não está funcionando bem, estou ficando parado da mente”. Ao ser encaminhado para uma nova médica afirma que está bem, que melhorou muito e que vai dizer a ela que em time que está ganhando não se mexe. Retornando da consulta médica diz: “você me mandou para uma menina, mas gostei dela, é bem bonitinha”. A médica lhe falou sobre a isquemia e pediu novos exames. A partir deste ponto, em todas as sessões posteriores João mostra-me o pedido dos exames dizendo que vai investigar “a cuca” para saber se está tudo funcionando bem. Diz que tem medo de morrer dormindo como a irmã, por isso às vezes acorda a noite e fica na janela sentindo o coração apertado. Sente-se velho, a esposa está sempre falando que precisa deixar de ser garotão e paquerar. João conta que gosta de ser garotão, foi assim a vida toda, mas as pessoas cobram que envelheça pois depois dos 70 anos fica-se devendo e a qualquer momento pode ser chamado lá para cima. Volta a falar da morte do pai, chorando muito, repete que o pai morreu em seus braços, abandonou o pai, mas estava lá para sustentá-lo. “E nos braços de quem você se apoiará não é João?” Olha e afirma que tem uma nora que sabe que pode recorrer porque ela estará lá quando precisar.

### CASO CLÍNICO B

Sílvia, 66 anos, demência mista, chega a partir de encaminhamento da fonoaudióloga, sua amiga pessoal, por sentir-se triste, desanimada e só. Chorando muito diz que sente-se muito angustiada porque seu irmão morreu recentemente de Alzheimer e percebeu em si mesma o que poderiam ser sintomas da doença. Relata que anda muito esquecida, sente-se desorientada, não sabendo onde coloca as coisas. Conta que um dia foi buscar um liquidificador que havia deixado na loja para conserto e quando chegou em casa não se lembrava de onde o havia deixado. Em diversas ocasiões entrou em casa esquecendo de tirar a chave do lado de fora da porta. Sílvia relata diversos episódios “sintomáticos de Alzheimer” chorando muito e procurando confirmação se realmente poderiam ser sintomas da doença.

Em diversas sessões Sílvia fala sobre seu irmão mais velho, Ricardo, a quem acompanhou na doença ajudando a cuidar dele e presenciando o “horror” que é a doença: “sabe, eu prefiro morrer, não tenho medo de morrer, mas tenho horror a ter esta doença, prefiro me matar”. Conta que sua preocupação é tanta que mudou-se para um apartamento maior para poder ter uma companhia em sua casa, alguém que organize sua vida e lhe sirva como memória. “Não tenho com quem contar, meu irmão era minha única família e esta é uma doença que não se pode ficar só, estou me prevenindo para o futuro”.

Sobre o irmão, Sílvia diz que andaram afastados ao longo da vida pois ele era um homem de temperamento difícil. Diz que se reaproximaram quando de sua doença e que em determinado momento ele lhe falou como era bom tê-la por perto. Seu irmão adoeceu há mais ou menos 5 anos e tudo começou com uma incontinência urinária e alguns problemas de memória. Ao procurar um médico foram solicitados exames que o diagnosticaram como um paciente de doença de Alzheimer. Conta que ela e uma amiga cuidaram do irmão em casa até

onde foi possível, pois a partir de um determinado momento foi necessário interná-lo em uma casa para idosos. Diz que no final da doença ele não reconhecia ninguém, mas seus olhos brilhavam quando via a filha. Silvia afirma que não sabia até então o que era a doença e por isso participou de grupos de familiares e leu tudo o que podia para obter maiores informações. A partir disso percebeu que uma tia materna também teve a mesma doença, embora na época, a família achasse que fosse esclerose. “Meu irmão, minha tia, porque não eu? Eu posso ter também, a doença é genética. Eu fui me informando e vendo meu irmão, então sei bem o horror que é esta doença, é melhor morrer”. Diz que os médicos ainda não deram um diagnóstico para o seu caso, já fez diversos exames mas não há nada concluído, esta ali porque sente-se muito deprimida diante da possibilidade de ter o Alzheimer.

Depois desta primeira entrevista, ao folhear seu prontuário constatei que sua testagem neuropsicológica indicava que ela preenchia os critérios para um provável diagnóstico de demência mista – tanto Alzheimer quanto vascular. Silvia relata ainda história de pressão alta, um AVC sem grandes seqüelas ocorrido logo após a morte do irmão, assim como a incidência de lupus, do qual encontra-se em tratamento. Atualmente foram solicitados novos exames para a confirmação do possível diagnóstico.

De sua história Silvia narra que nasceu em uma cidade do Sul, sendo a caçula dos 2 irmãos. Teve uma criação muito rígida pois seu pai, embora alegre e festeiro, era um homem muito rígido, não deixando que saísse ou namorasse. Conta que quando era adolescente foi mandada para um colégio interno e que quando seus pais não iam buscá-la não tinha para onde ir: “mas mesmo assim eu não achava ruim porque meus pais me adoravam mas me prendiam muito e por isso sentia-me bem no colégio, gostava de lá”. Diz que a família ficou muito chocada quando no enterro do pai descobriram que ele tinha outra mulher, mas mesmo assim ficava ouvindo inúmeras vezes uma fita com sua voz, até sua mãe jogar fora por não

aguentar mais ouvi-la chorar. Ela e a mãe eram muito ligadas, tanto que ao formar-se como professora solicitou sua transferência para uma cidade bem perto para que ficassem próximas. Conta que preocupava-se apenas em trabalhar, tanto que nunca se deu a oportunidade de namorar ou conhecer alguém com quem quisesse casar. “Eu só queria trabalhar, não tinha tempo internamente para ninguém, era muito exigente porque meus pais me diziam que só podia casar com alguém muito especial... e este alguém nunca aparecia, então eu ia trabalhando e o tempo passando”. O “homem especial” de sua vida, “seu grande amor” conheceu há dez anos, quando então iniciaram um namoro, entretanto ele era casado e quando sua esposa descobriu decidiram separar-se. Passaram oito anos afastados, quando então voltaram a se encontrar e reiniciaram o relacionamento. Atualmente encontra-se dividida sobre que tipo de encaminhamento dará a esta relação por não querer expor-se, uma vez que a esposa dele é “destemperada”. “Não gosto desta situação, acho que vai de encontro aos meus princípios e aos dele também, mas ele foi o homem por quem me apaixonei, o único, somos sintonizados, nos entendemos bem, mas não quero ficar me expondo à escândalos, não sei se retorno a minha cidade, se não seria melhor deixar isto morrer, sei que não estou bem de saúde, preciso dele, mas não vou aguentar me separar novamente depois de vê-lo”.

Em diversas sessões Sílvia relata sua mágoa em relação a algumas pessoas, principalmente uma sobrinha, a quem reconheceu juridicamente como filha para que pudesse receber uma pensão. Diz que esta sobrinha foi fruto de apenas um encontro do irmão e que por muitos anos ele não reconheceu sua existência e, por isso, Sílvia e a mãe resolveram ajudá-la. Sente-se magoada porque percebeu que esta moça em diversos momentos apenas estava preocupada em ganhar coisas sem preocupar-se com mais nada. “Você quer ver, quando garota se ela decidisse que precisava de aulas particulares não ia perguntar se eu podia pagar, contratava a professora e depois colocava as coisas como se eu já tivesse concordado”.

Conta que “em vida” está distribuindo seus bens para deixar tudo organizado e decidido, pois não tem descendentes a quem deixá-los. Assim deu a esta sobrinha um anel e um apartamento que herdou da mãe e após isto ela nunca mais a procurou.

Atualmente, inicia as sessões dizendo que não está melhorando, não tem uma definição para seu caso, não “está nem lá, nem cá”, angustia-se pois está muito desanimada, não tem vontade de fazer nada, nem as coisas de que gostava antigamente. Tem se consultado com médicos de diversas especialidades para tratar o lupus, reumatismo, gastrite e a depressão. Conta que demorou meia hora para chegar porque não conseguia lembrar-se qual era o caminho, precisou perguntar como fazer. “Meu corpo está falhando, não acompanha, não tenho mais disposição para fazer coisas simples de antigamente”. No último fim de semana, dia das mães, diz que ficou pensando que este ano ninguém iria ao cemitério para colocar flores no túmulo de seus pais porque decidiu não voltar a sua cidade. Lembrou-se que no dia anterior era aniversário do pai e quando percebeu estava toda urinada. Na noite seguinte relata também ter acordado toda molhada de urina: “não percebi, não estava com a bexiga cheia, não tinha vontade de ir ao banheiro, mas quando vi estava toda molhada, não podia controlar alguma coisa que não percebia”. “E você pensou alguma coisa sobre isto?” Diz que sua primeira associação foi com o irmão, em como a incontinência urinária foi um de seus primeiros sintomas, “Você precisa me dizer alguma coisa, o que eu tenho, hoje pego o resultado da ressonância, preciso sair do limbo”. A ressonância de Sílvia não apresentou resultados claros que pudessem confirmar o diagnóstico. Trata-se de um diagnóstico clínico, mas que no momento encontra-se obscurecido por suas outras condições físicas. No caso de Sílvia o diagnóstico em si não é o mais importante, mas sim o caráter traumático que essa possibilidade assume em função de uma vivência anterior do que seria a doença. As sessões de Sílvia foram interrompidas em função de seu retorno provisório à sua cidade.

### CASO CLÍNICO C

Leo, 67 anos, demência frontotemporal, chega para a primeira entrevista alegando que tem “depressão crônica”. Relata sentir-se muito deprimido e apático, com dificuldades familiares pois sua esposa não aceita seu estado atual. Diz que tem muita dificuldade em entender porque está deprimido, pois sempre foi um profissional de muito sucesso “festejado por todos” e agora sua vida “foi para o buraco”. Diz que é ator, arquiteto e cenógrafo, já tendo trabalhado para várias redes de televisão e grandes escritórios de arquitetura. Acha que sua depressão “é incurável”, pois leu isto em uma revista. Conta que sua família não entende que não pode sofrer nenhum tipo de “abalo”, “não pode ter nenhum aborrecimento”. Conta que se sente muito desanimado porque não tem o que fazer, desde que sua doença começou sua mulher passou a tomar as decisões porque agora é ela quem ganha o dinheiro e isto faz com que se sinta muito pequeno. Além disso, atualmente quase não reconhece na mulher aquela com quem casou-se trinta anos atrás. Ela atualmente mantém seus cabelos curtos, mesmo sabendo que ele gosta deles longos, quase não conversam mais a não ser para falar dos problemas da casa. Seu maior ressentimento é com a interrupção das relações sexuais, por parte dela que não quer mais ter contato físico com ele, pois não o reconhece mais como o homem que era antes, nos “áureos tempos”.

Ao longo das sessões seguintes Leo retorna contando-me vários “convites” que tem recebido para voltar a trabalhar. Traz sempre uma dúvida se deve aceitá-los ou não porque tem medo de ter uma crise de depressão durante o trabalho. Refere sempre a estar sendo convidado para ser o “diretor” de determinada firma ou então foi convidado para ser um dos atores principais da nova novela das 8. Em diversos momentos diz que anda muito esquecido,

mas o que mais o perturba é a consciência de que depressão não tem cura. Refere-se sempre a um médico em outra cidade que lhe disse que ficaria curado se pudesse voltar a trabalhar. Por outro lado, sua esposa “muito espiritualista” sempre lhe diz que precisa conscientizar-se de que, por enquanto, não pode fazer nada. Diz que está situação é muito difícil porque sente-se na obrigação de botar dinheiro em casa de qualquer maneira e não se sente capaz de manter um trabalho.

Em seu prontuário encontro o relato da esposa sobre Leo: diz que ele não ouve bem de ambos os ouvidos, não vem tendo relações sexuais com ela porque ela não quer. Mantém-se agitado em casa. Apresenta mania de perseguição, pois tudo é com ele. Acha que ele esquece o que fez. Vem fazendo uso de álcool regularmente. Entende tudo ao contrário. Entra em pânico com a perícia, pois encontra-se afastado por auxílio-doença. Repete sempre que quer se aposentar. Resolveu definir a roupa com que ela vai sair. Parece se desequilibrar tropeçando nas coisas. Faz regime para emagrecer e ao mesmo tempo está debilitado. Vem fazendo confusão com as contas que deposita, esquecendo, distrai-se com facilidade. Não quer trocar as cuecas (briga quando a mulher as troca), pois diz que não as suja. Diz que está senil, decrépito e daqui a pouco está procurando emprego no jornal.

Ao conversar com sua médica, esta me diz que tem muitas dificuldades com Leo, pois lhe parece que ele sonega informações, não toma a medicação de forma correta e a família não o acompanha nas consultas. Seu diagnóstico é demência frontotemporal, provavelmente, doença de Pick, o que viria a ser confirmado algum tempo depois.

Neste meio tempo, Leo inicia cada sessão traçando um paralelo entre o seu estado de ânimo e a bolsa de valores, de forma que “hoje a bolsa está alta” significava que ele estava bem disposto e animado. À algumas sessões de bolsa em alta, seguia-se uma sessão de bolsa em baixa, onde dizia sentir-se “inerte” e apático, mais do que deprimido. Proponho que ele

venha a mais uma sessão por semana, o que ele recusa-se afirmando que não pode se prender porque pode arranjar um emprego, quer ter o tempo disponível. Nas sessões de bolsa em baixa, diz que sente-se pressionado, pois sua mulher cobra que sintasse bem, ande na praia e saia da cama de qualquer maneira. De seu passado fala muito pouco, relatando mágoas em relação à madrasta, pois esta tornou-o um “gato borralheiro”. Diz que sua mãe morreu quando ele tinha dois anos e que seu pai, então, casou novamente com uma mulher que já tinha duas filhas. Conta que atualmente não tem mais contato com estas “irmãs”, mas isto não o incomoda porque nunca foram muito próximos. A distância ocorreu após a morte do pai, quando abriu mão de sua parte na herança para que a madrasta, já idosa, ficasse com o apartamento. Diz que o pai era o único que o protegia, pois tudo o que acontecia na casa era culpa sua. Lembra-se de forma confusa que tinha muitos outros irmãos da parte da mãe, ele era temporão, mas todos morreram de tuberculose, inclusive sua mãe. Ele e o pai foram os únicos que sobraram daquela primeira família. Diz que foi para um colégio interno quando começou a estudar e que gostava de ficar lá, pois assim não precisava conviver tanto com a madrasta. Aos 18 anos foi trabalhar na joalheira do pai para ajudá-lo e sentia-se muito importante com seu terno de linho branco, “ficava engomadinho”. Conta que quando pequeno jurou que ia ter sucesso na vida, teve muitas posições importantes e que está feliz com os ganhos e vitórias que conseguiu e, talvez isto dificulte muito sua situação atual, pois não se conforma em ficar inerte. Acha que isto está atrapalhando o seu casamento, recordando-se que ela foi sua primeira namorada e ele seu primeiro namorado, sempre se sentiu bem no casamento, apesar de ter tido alguns casos ao longo do tempo “mas só de brincadeira, acabava me envolvendo mas não era sério”.

Um dia Leo inicia contando estar muito aborrecido, porque já cansou de avisar em casa que não pode se aborrecer, “não posso ter aborrecimento de espécie alguma”. “Se você

tiver um aborrecimento, o que acha que vai acontecer” “perco o controle, fico totalmente descontrolado e isto agrava minha depressão” Pergunto se antes era assim também, o que ele relata um episódio onde em uma reunião de trabalho teve um desenho alterado por um superior e ficou totalmente descontrolado, gritando que não admitia interferências no seu trabalho. Conta que pediu demissão da firma neste episódio, para e completa: “eu era o dono da verdade, no meu trabalho ninguém podia dar palpite, acho que até hoje é um pouco assim, estes aborrecimentos de casa na verdade são pequenos”.

Nesta época é chegada a hora de fazer nova perícia. Sua médica lhe dá um laudo onde está o código de seu diagnóstico, conforme a CID-X. Na perícia seu prazo é prorrogado e o médico lhe diz que tem doença de Pick e que se trata de uma doença degenerativa. Chega na sessão seguinte muito abatido, dizendo que agora sabe que tem Pick, não é depressão como imaginava, “é Pick, tenho síndrome da doença de Pick”, “E o que é Pick?” pergunto. Diz que o médico da perícia lhe explicou que era uma doença que dava no cérebro, “parece que o cérebro vai virando uma esponja” e que por isso precisava exercitá-lo muito fazendo cruzadinhas e jogo da memória. “Mas no que isto muda as coisas para você”, “acho que em nada” responde, completando que agora pode ser que fique curado pois sabe exatamente o que tem. Após isto, seguiram-se várias sessões de “bolsa em alta”, onde em uma delas chegou a relatar a visão de uma cobra rastejando em seu quarto e subindo pelas paredes. Sua médica afirmou que seria necessária a entrada de uma medicação anti-psicótica, que já havia sido tentada antes, mas sem sucesso porque Leo recusava-se a tomá-la. Na sessão perguntei o que acontecia que ele não conseguia tomar a medicação direito. Diz que sente-se inerte e apático, até mesmo para tomar a medicação (Leo tem que controlar sozinho sua medicação) e que o remédio que a Dra. lhe passou era um remédio de “fazer doido”, “ficava parecendo bêbado” e por isso não tomava. Disse-lhe que agora ele sabia o que tinha, mas o Leo não era apenas

aquele com Pick, mas sim aquele e muitos outros que talvez ele estivesse esquecendo. Combinamos no final desta sessão de que ele iria tomar a medicação e qualquer problema entraríamos em contato com a médica para calibrar a dose necessária.

Achei necessário chamar a esposa de Leo para que conversássemos sobre a participação dela em seu tratamento. Ela comparece muito chorosa dizendo não estar aguentando a situação, pois ele demandava muito dela e por estar trabalhando muito sentia-se muito cansada. Diz que ao olhar para ele, sua impressão é que ele vivia sob uma nuvem negra e por isso não queria aproximar-se muito, “sua carga é muito negativa”, trabalhava muito porque queria ficar o máximo de tempo longe de casa para não ser engolfada por esta nuvem. Digo-lhe que talvez ela já estivesse e que se pudesse participar mais do tratamento dele, as coisas ficariam muito mais fáceis. Depois de algum tempo de conversa e de ter lhe oferecido uma psicoterapia, caso achasse necessário, combinamos que passaria ao menos a controlar a medicação de Leo e a participar de suas consultas médicas, que eram uma vez por mês. Estas consultas foram transferidas para um dia mais viável, mas ela nunca compareceu.

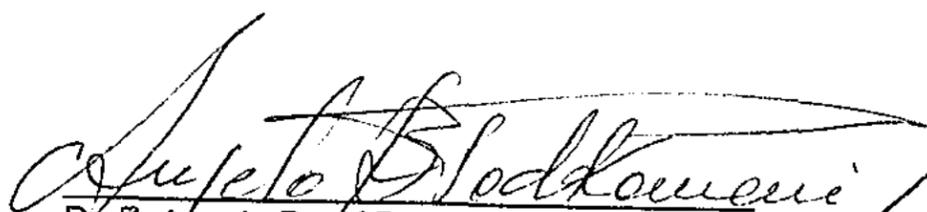
Leo inicia a sessão contando que quando acordou não conseguia lembrar-se de onde estava. Depois mostra-me algumas fotos de sua juventude. “Quem olha para mim agora não acredita que um dia fui assim”. Comenta que está esquecendo cada vez mais e conta-me vários episódios onde percebe que esqueceu alguma coisa. “E o que significa isto para você?”, pergunto. Responde que não se incomoda muito porque está inerte, depois fala que um amigo lhe contou sobre o prognóstico de sua doença: “É muito ruim ficar sem memória, uma pessoa sem memória ninguém conversa, não pode falar nada”. Fala que se sente só e do quanto sua memória do “passado” ainda persiste. “Não consigo lembrar de muitas coisas de agora, aquelas do cotidiano, mas do passado lembro de quase tudo”. Conta o caso de uma amiga, a quem ajudou a decorar um apartamento. “Eu preciso ter uma amiga, alguém para conversar,

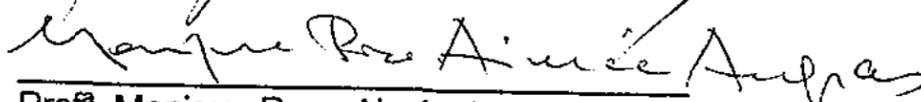
sinto muita falta disto”. Conta que se esforça mas sua memória vai se esvaindo “o duro deste diagnóstico é saber que vou morrer sem saber quem sou, ando com um papel na carteira porque tenho medo de sair na rua e não saber como voltar para casa”. Diz que às vezes tem a impressão de que está regredindo, exemplifica com uma situação onde foi à farmácia e acabou “sendo convencido” a comprar uma tintura para que os cabelos voltassem a sua cor natural. “E naquele momento qual era a cor natural de seus cabelos?” pergunto. Diz que eles eram escuros, “eu queria regredir, uma infantilidade, foi muito errado, agora lavo os cabelos desesperadamente para que essa cor saia”. “Não se trata de infantilidade, mas não será que, naquele momento, não foi essa a forma que você encontrou de tentar freiar este processo? Não seria esta uma forma de buscar um outro Leo, aquele que você conhece bem e que não tinha estas amnésias que o preocupam tanto?” “É, estou muito preocupado comigo, não sei como será o futuro”.

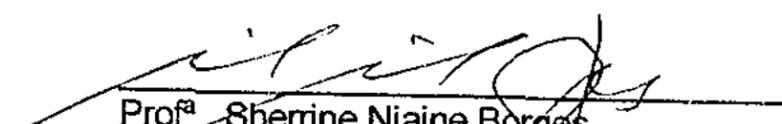
Atualmente Leo vem relatando a “bolsa em equilíbrio”, um dia conta-me que seu filho mais velho convidou-o para trabalhar, mas que sua esposa acha que não deve ir porque não acaba nada do que começa, diz que está na dúvida, mas que gostaria de ir. Pergunto se realmente é importante que vá e fique ou se não é mais importante perceber que pode ir, ficar o quanto for possível, voltar para casa, ir no dia seguinte ou não, mas quem sabe ir no outro dia. Leo pára, pensa e responde que precisava desta injeção de ânimo, vai pensar e conversar com seu filho se pode fazer este tipo de esquema.

No Natal Leo chega carregando presentes, para mim e sua médica, “mandei fazer especialmente para vocês, é um caderno para anotações, vocês podem escrever o que quiserem, mas a primeira folha fiz questão de escrever, é minha mensagem para vocês”. Leio, emocionada, uma poesia, onde cada verso iniciava com uma das letras dos meu nome.

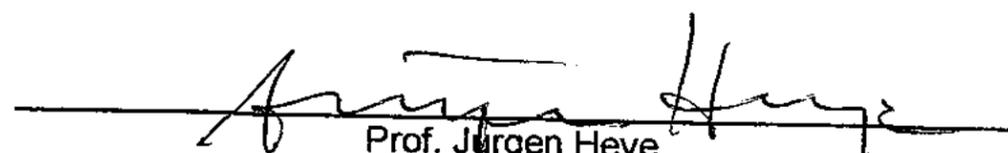
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Marcia Cristina Nascimento Dourado, intitulada "*Há menos de mim hoje do que havia ontem demência e subjetividade*", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

  
Prof<sup>a</sup>. Angela Baraf Podkameni  
(Orientadora) PUC-Rio

  
Prof<sup>a</sup>. Monique Rose Aimée Augras  
PUC-Rio

  
Prof<sup>a</sup>. Sherrine Njaine Borges  
ENSP / FIOCRUZ - CID. A / IPUB / UFRJ

Visto e permitida a impressão  
Rio de Janeiro, .../.../2000.

  
Prof. Jürgen Heye  
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de  
Teologia e Ciências Humanas